FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° 26

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 11 mai , à 1 heure

Par Georges **JOFFRE**

De la Faculté de médecine de Paris

DE

L'ADIPOSE DOULOUREUSE

SANS

TROUBLES PSYCHIQUES MARQUÉS

Président : M. GILBERT, *professeur.*

Juges : MM. ROBIN, *professeur.*
THIROLOIX et CARNOT, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26 rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance filiale

A MON FRÈRE RENÉ

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS LES MAITRES

Qui firent mon instruction.

INTRODUCTION

En 1888, le professeur Dercum, de Philadelphie, fit paraître une étude sur l'adipose douloureuse.

Bien des observations ont été publiées depuis, mais certains points obscurs restent encore à élucider. Nous n'avons pas la prétention d'en assumer la tâche ; nous avons simplement voulu faire une rapide revue d'ensemble des études parues jusqu'à ce jour sur cette affection et en mentionner une particularité, à savoir la non-coexistence possible de troubles psychiques bien accentués, avec les autres symptômes décrits par l'auteur américain.

Nous nous sommes efforcé de rechercher des observations d'adipose douloureuse sans troubles psychiques marqués ; deux nous sont personnelles ; d'autres nous ont été gracieusement communiquées ; d'autres enfin, fort résumées, ont été empruntées à certains auteurs.

C'est M. le Dr Lion qui nous a donné l'idée de ce travail et qui a bien voulu nous guider dans cette

étude. Deux ans il s'est appliqué à nous enseigner l'art de devenir un bon praticien, et à nous initier aux difficultés multiples des maladies de l'estomac. Nous nous souviendrons toujours de la bienveillante sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner. Qu'il reçoive ici tous nos remerciements.

Qu'il nous soit permis également de remercier les maîtres qui ont bien voulu nous diriger dans nos études médicales :

M. le professeur Tillaux, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

M. le professeur agrégé Rendu, médecin de l'hôpital Necker.

M. le Dr Lyot, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Ce furent nos trois premiers maîtres ; tous trois ont été ravis à notre admiration et à notre affection, par un destin aveugle. Qu'il nous soit permis de leur adresser ici un dernier hommage.

M. le professeur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Necker.

M. le professeur Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. le professeur de clinique obstétricale Budin.

M. le professeur Gilbert nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui témoigner ici toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Au mois de septembre 1888, Dercum, professeur à la Faculté de médecine de Philadelphie, présentait au Congrès des neurologistes américains une femme porteuse de tumeurs de consistance lipomateuse et fit paraître l'histoire de la malade sous le titre suivant :

« *Dystrophie du tissu conjonctif sous-cutané du dos* « *et des bras, associée à des symptômes ressemblant à* « *ceux du myxœdème* ».

En 1891, Henry, médecin de Philadelphie, décrit les mêmes symptômes entrevus par Dercum, mais il donne à son étude le titre de *Paratrophie myxœdémateuse.*

En 1892, Dercum rapporte un troisième cas ; il donne alors à cette affection le nom d'*Adipose douloureuse.*

En 1894, Morlot et Gallois, les premiers en France, ont publié une observation sous le nom d'*Adipose localisée d'origine tropho-névralgique.*

Collins (1895), à Philadelphie, dans son *Traité des maladies nerveuses,* rapporte plusieurs cas d'adipose douloureuse.

Peterson et Loveland, en Allemagne, Ewald, en Allemagne également, qui le premier essaie et préconise la médication thyroïdienne, sont des noms à retenir dans l'historique de cette affection.

Eshner, en 1898, qui signale le rôle que peut jouer le traumatisme dans l'étiologie de l'adipose douloureuse.

William Spiller ; Ch. Féré, de Paris, dont les deux observations ont trait à deux hystériques, et qui remarque que « le développement de la graisse et de la douleur ne s'est pas établi d'emblée, mais, s'est fait successivement » ; Hale-White en 1899 Giudiceandrea et Burr, en 1900, complètent la description de l'affection.

En 1901, les observations, rares jusqu'alors en France, se multiplient avec les travaux de Achard et Laubry, Simionesco, Heitz et Rénon qui signalent l'arrêt de l'évolution de l'adipose, provoqué par la ménopause et comme par « un phénomène de bascule », l'apparition d'arthropathies multiples. Roux de Saint-Étienne qui, en 1902, mentionne l'association de la maladie de Dercum et du goitre exophtalmique ; Oddo et Chassy, de Marseille, qui publient l'observation d'une femme chez laquelle l'affection se serait compliquée de sclérodermie. Vitaut fait dans sa thèse une étude complète de la maladie de Dercum (1901).

En Russie, Kaplan et Fédoron admettent l'hypothèse d'une « maladie constitutionnelle générale, analogue à l'obésité, mais avec participation plus marquée du système nerveux ».

A cette époque, en 1902, Dercum et Mac-Carthy publient les résultats de l'autopsie d'un malade atteint

d'adipose douloureuse et ont donné sur l'anatomie pathologique de l'affection les détails les plus intéressants ; ils ont remarqué que le corps thyroïde était peu altéré mais qu'il y avait par contre une lésion manifeste du corps pituitaire. Dercum se demande donc si le corps pituitaire n'est pour rien dans la production ou la destruction de la graisse dans l'organisme.

Papi, en Italie, Rudinger, en Autriche, Renon et Louste à Paris, Dide et Leborgne à Rennes, Deny et Le Play ont publié de nouvelles observations. La thèse de Sellerin (1903) contient une excellente revue de la question et des observations publiées jusqu'à lui. A signaler les travaux de Gilbert Ballet, de Billings, de Bucquoy, de Cecchini, de Tuffier, de Sicard, etc... qui frappé de l'apparition de l'adipose à la suite de la castration préconise l'opothérapie ovarienne. Citons également les thèses de Hovée (1904), de Crémieux, de Miquel qui doute, avec raison peut-être, de l'individualisation de l'adipose douloureuse et veut rattacher cette affection à certains états morbides décrits ces dernières années sous le nom d'œdèmes nerveux.

N'oublions pas enfin le nom de Le Meignen qui, en avril 1906, fit paraître une observation intéressante de maladie de Dercum à rémissions passagères chez un homme.

SYMPTOMATOLOGIE

L'adipose douloureuse est une maladie caractérisée par la formation de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané et s'accompagnant de phénomènes douloureux plus ou moins intenses.

La symptomatologie de l'adipose douloureuse peut se diviser en deux parties : la *période de début* et la *période d'état*.

Période de début

En général lent et insidieux, le début de l'affection est principalement marqué par des *douleurs* spontanées dont le siège et le caractère sont très variables. On les a signalées avec une fréquence à peu près égale sur le tronc et sur les segments des membres ; il semble cependant qu'elles aient une certaine prédilection pour les membres inférieurs.

Ces douleurs présentent des caractères très différents. Ce sont tantôt des élancements, tantôt une sensation

de brûlure ou de déchirure, au niveau des téguments, tantôt des fourmillements. C'est ainsi que le malade de Giudiceandra eut des douleurs intenses au niveau de la fesse gauche ; dans le cas rapporté par Roux et Vitaut, le début semble avoir été excessivement violent ; ces douleurs prennent un caractère tout spécial chez le malade dont l'observation est rapportée par Le Meignen et Levesque et que le sujet qualifie de « rhumatismales ».

Il est rare, cependant, que ces douleurs de début soient très intenses ; elles n'empêchent pas le malade de vaquer à ses affaires. Petit à petit, elles augmentent à mesure que l'adipose apparaît ; elles peuvent même à cette époque s'exaspérer sous forme de crises et obliger le malade au repos ; puis ces douleurs spontanées disparaissent le plus souvent, ou du moins s'amendent considérablement après une période plus ou moins longue.

Un symptôme capital quand il existe, et constaté par Dide, est *la rougeur* de la peau. Dans un cas rapporté par cet auteur, cette rougeur se faisait par poussées successives avec chaque fois une légère élévation thermique. Par une palpation attentive on sent bientôt des nodosités mobiles sous la peau, douloureuses à la pression et qui commencent à se développer. Il s'écoule entre l'apparition des douleurs et le développement de ces nodules graisseux une période qui varie de quelques jours à plusieurs années et Spiller cite un de ses malades dont les phénomènes douloureux précédèrent de quatre années l'apparition de l'adipose.

Cette période de début de l'adipose douloureuse est encore mal connue. Rénon et Heitz ont rapporté une observation dans laquelle des masses lipomateuses ont précédé l'apparition des premières douleurs. De plus toutes les observations publiées jusqu'à présent ont été faites à une époque avancée de l'affection et on est obligé de s'en rapporter pour le début des accidents au récit que vous en fait le malade.

Période d'état

Il est assez difficile d'établir une division rigoureuse de la symptomatologie de l'adipose douloureuse à la période d'état. La division des symptômes principaux et secondaires préconisée par certains auteurs semble peu exacte, car il est bien des cas dans lesquels les troubles mentaux, par exemple, classés parmi les phénomènes principaux, manquent totalement.

Un symptôme, en effet, est absolument constant; c'est l'*adipose*. La douleur même qui avait été signalée par Dercum, et qu'il avait mise en relief en donnant au syndrome décrit par lui le nom « d'adipose douloureuse », manque quelquefois ou du moins n'est apparue que d'une façon toute passagère et fugitive au début de l'affection. Il est de règle de la joindre à l'adipose et d'en faire un symptôme cardinal ; nous suivrons donc la classification admise pour l'adipose et la douleur et rangerons ces deux manifestations du syndrome de Dercum parmi les phénomènes principaux de la maladie.

1° Symptômes principaux.

A). — Adipose. — Trois formes principales d'adipose sont décrites par les auteurs ;

a). — La forme nodulaire.

b). — La forme diffuse localisée.

c). — La forme diffuse généralisée.

a). — *Forme nodulaire*. — Cette forme d'adipose est caractérisée par la présence de tumeurs variables de forme et de nombre, souvent asymétriques, faisant parfois penser aux lipomes multiples et à la neurofibromatose.

Mais l'évolution en est tout autre. Nous avons vu comment débute la première tuméfaction de l'adipose douloureuse ; c'est d'abord la rougeur de la peau, puis apparaît le nodule graisseux se développant par poussées successives et s'accompagnant généralement de douleurs paroxystiques.

Tout en augmentant de volume, la consistance de la tumeur change ; de dure, sans limites précises, qu'elle était au début, elle devient circonscrite, élastique, rénitente ne gardant plus l'empreinte du doigt. On a au palper la sensation d'une masse finement lobulée. Ces tumeurs au moment des paroxysmes douloureux deviennent plus dures et plus volumineuses.

Leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une mandarine, de forme arrondie, mobile en tous sens, sans localisation spéciale. La peau a, le plus sou-

vent, conservé son aspect normal et parfois un palper attentif peut seul faire découvrir la présence de ces nodosités.

On les rencontre un peu partout sur la presque totalité du corps. Rares au cou, plus fréquentes sur les membres inférieurs, on ne les trouve jamais sur les pieds, les mains, ni la face.

b). — *Forme diffuse localisée.* — C'est celle que nous rencontrons chez le malade qui a fait le sujet de notre observation I. Cette forme d'adipose peut succéder à la précédente, mais le plus souvent elle est primitive, englobant symétriquement des membres ou des segments de membre.

L'évolution est identique à celle de la forme précédente ; au gonflement œdémateux de la région succède une infiltration graisseuse ; comme plus haut ce passage ne se fait pas brusquement mais par poussées successives.

Ces masses lipomateuses ne conservent pas l'empreinte du doigt. Légèrement rénitentes quand la masse est bien localisée, plus molles quand la nappe graisseuse s'est infiltrée sur une plus grande étendue, elles donnent à la région atteinte un aspect particulier. Le plus souvent elles sont localisées aux membres inférieurs, englobant souvent la jambe entière et s'arrêtant juste au niveau des malléoles ; elles font assez bien penser aux bottes molles, aux « leggings » que mettent les chasseurs et les cavaliers. Aux membres supérieurs, la graisse s'accumulant à la racine du membre donne à ceux-ci la forme d'un gigot.

L'adipose semble encore avoir une prédilection assez marquée pour la région de l'omoplate et Dercum parle « d'énormes masses » pendantes sur les épaules et sur le dos.

Ces masses graisseuses n'ont aucune adhérence véritable avec les tissus voisins. Quand on fait contracter un groupe de muscles sous-jacents en imprimant des mouvements à un membre quelconque ces masses lipomateuses ne sont nullement influencées.

« La peau a un aspect particulier ; elle semble capi-
« tonnée, adhérente aux tissus profonds et donne sou-
« vent l'aspect d'une peau d'orange lorqu'on veut la
« plisser, surtout en certains points. En d'autres points,
« elle paraît plus lisse, plus amincie (1). »

Ici encore les pieds, les mains et la face restent toujours indemnes.

c). — *Forme diffuse généralisée.* — L'observation de Giuceandrea nous en fournit un bel exemple, et le malade de notre observation II nous en donne un léger aperçu. L'affection débute par un gonflement généralisé le plus. souvent ; parfois elle commence par une région déterminée et de là se généralise peu à peu. Dans ce dernier cas, le développement est asymétrique et inégal.

Les malades donnent l'impression de gens excessivement obèses. Hale White parle d'une jeune fille de 13 ans qui pesait 127 kilos. Notre malade qui n'a que 1 m. 45 de haut nous offre le poids respectable de 87 kilos.

1. Henri le Meignen. *Gazette médicale de Nantes*, 9 juin 1906, page 443.

Les pieds, les mains et la face sont le plus souvent respectés. Dans le cas rapporté par Giudiceandrea, les éminences thénar et hypothénar étaient augmentées de volume aux deux mains ; Dercum signale un léger dépôt graisseux au niveau de la face. Crémieux (1), dans sa thèse, cite l'observation d'une malade chez laquelle l'adipose avait envahi les extrémités jusqu'au niveau des articulations métacarpo et métatarsophalangiennes.

B). Douleurs. — Les douleurs que nous avons décrites dans la période de début comme des phénomènes primordiaux et principaux de l'affection existent, le plus souvent aussi, à la période d'état. Mais parfois on ne trouve pas trace de douleurs même en palpant les masses lipomateuses chez les sujets atteints du syndrome de Dercum, du moins elles ne présentent par l'acuité du début de l'affection. Le Meignen note chez son malade l'absence *complète* des symptômes douloureux à la pression. Il est d'ailleurs un fait qu'il faut signaler et qui a été mis en lumière par Debove chez la malade dont Achard avait publié l'observation : c'est que lorsque les masses lipomateuses ont parcouru tout le cycle de leur évolution la douleur s'atténue ou même disparaît complètement.

Il est de règle néanmoins de diviser ce chapitre en deux parties : les douleurs sont ou spontanées ou provoquées.

1. *Thèse, Montpellier*, juin 1905.

Elles sont spontanées à la période du début ou même à la période préadiposique et revêtent alors les caractères les plus variés : sensations de froid, de brûlure, de fourmillements, de démangeaisons, etc... Elles ne sont pas localisées, en général, sur le trajet des nerfs et on les retrouve principalement au niveau des masses lipomateuses. Ces douleurs spontanées précèdent le plus souvent, comme nous l'avons dit, l'apparition de l'adipose. Quand cette dernière apparaît les sensations pénibles persistent et s'exaspèrent sous formes de crises s'accompagnant de poussées œdémateuses. Après un temps plus ou moins long ces douleurs spontanées disparaissent en général. Parfois, au contraire, elles sont exagérées par la station debout, par la marche, par le simple poids du drap sur la région tuméfiée.

Les douleurs provoquées sont plus caractéristiques en ce sens qu'elles sont moins intermittentes et semblent exister chez la majorité des sujets. On les détermine en palpant profondément les tissus. Chez notre malade de l'observation I, on déterminait une douleur légère, sourde mais continue en pressant le tissu cellulaire entre deux plis de la peau ; cette douleur s'exagérait par la marche et diminuait par le repos. Chez notre deuxième malade, la douleur existait seulement, au moins d'une façon nette et suffisamment intense pour qu'elle retire sa jambe, au niveau de la face externe de la jambe gauche. Les mouvements les plus variés rappellent les phénomènes douloureux. Eshner parle de la flexion de la colonne vertébrale ; Dercum des mouvements du bras droit. Le glissement de la

peau sur les masses adipeuses est très pénible, plus pénible même que la simple pression. La contraction musculaire simple suffit parfois pour réveiller une douleur qui paraissait disparue. Tous ces phénomènes douloureux disparaissent ou s'amendent quand la malade est condamnée à une immobilité presque absolue mais cette cure par le repos n'a malheureusement pas d'effet bien certain. Brusquement à la suite d'une émotion, d'un effort d'un changement de régime ou de température, les douleurs qui avaient presque complètement disparu se réveillent plus fortes que jamais. C'est, en effet, un caractère bien spécial qu'on retrouve toujours : il se produit à des intervalles éloignés des paroxysmes qui peuvent durer plusieurs jours puis disparaissent peu à peu.

2° Symptômes secondaires.

A. — Troubles psychiques. — Ils ont été signalés par presque tous les auteurs. Il nous semble, cependant, que leur existence, au moins en tant que troubles psychiques nettement déterminés, est moins fréquente qu'on ne le dit. Notre première malade ne présente rien d'anormal de ce côté-là. Légèrement taciturne, d'un naturel triste, elle a toujours été ainsi dit-elle. La seconde a eu de l'otorrhée à l'âge de 10 ans et est, à l'heure actuelle, atteinte de surdité.

Nous avons tâché de recueillir le plus d'observations possibles mentionnant cette absence de troubles psychiques, qui, parfois, il est vrai, présentent un dévelop-

pement tel qu'on s'est vu obligé d'interner le malade. Le plus souvent il ne s'agit que d'une certaine mélancolie. Mais peut-on trouver extraordinaire la tristesse d'une personne qui se voit prendre un embonpoint démesuré, et est souvent condamnée à un repos presque absolu ! Ajoutez à cela la douleur dont les exacerbations paroxystiques nous sont connues et le dénouement incertain d'une affection évoluant avec une désespérante lenteur ; c'est plus qu'il n'en faut pour ébranler le cerveau le mieux équilibré.

Il ne faut pas oublier, de plus, que certains malades sont éthyliques et que l'adipose douloureuse coexiste souvent avec l'hystérie ou la neurasthénie. Il est parfois difficile d'établir la part exacte qui revient à chacune de ces affections dans la genèse des troubles mentaux.

Rares sont les cas où ces troubles vont jusqu'à la démence. On a cependant cité des cas de véritables désordres mentaux (la démence alcoolique de Deny et Leplay, l'agitation catatonique de Dide et Leborgne)

Nous sommes donc en droit de conclure à l'extrême variabilité de la symptomatologie dans l'adipose douloureuse. Rien n'est moins constant que les troubles psychiques, l'asthénie, etc., et on ne peut affirmer entre l'adipose et eux une relation de cause à effet. Nous devons noter cependant leur existence.

B. — Asthénie. — Ce symptôme mentionné par de nombreux auteurs est cependant d'une fréquence relative et semble relever plutôt de la douleur. Nous avons tous observé sur nous-mèmes un phénomène analogue ; lorsque nous souffrons, lorsque, par suite de telle ou

telle cause, nos mouvements deviennent douloureux, nous nous trouvons déprimés et abattus. Fait à noter, la force musculaire n'est nullement amoindrie.

Il est cependant des cas, comme la malade de G. Ballet dont l'abattement physique et moral était tel qu'elle ne pouvait rester debout ; le moindre mouvement lui était pénible au point qu'elle était obligée pour se lever ou s'asseoir sur son lit d'avoir recours à l'aide des infirmières.

Cette asthénie évolue progressivement. Les malades se plaignent d'abord d'une simple sensation de faiblesse le moindre mouvement est pour eux sujet de fatigue, la marche est pénible et ils sont finalement condamnés à rester au lit.

C. — Troubles vaso-moteurs. — Les *hémorragies* sont assez fréquemment observées dans l'adipose douloureuse et revêtent les formes les plus diverses : Métrorragie, épistaxis, hématémèses, purpura, etc...

Les hémorragies utérines ont été mentionnées par un grand nombre d'auteurs ; soit que les règles aient été seulement augmentées, soit qu'il y ait eu des métrorragies se produisant non seulement en dehors des époques, mais même alors que la ménopause était déjà survenue. La malade de notre observation I a vu ses périodes disparaître complètement à l'âge de 32 ans et nous dit qu'à 38 ans, elle a eu des métrorragies pour lesquelles elle a été consulter un médecin : ces dernières auraient précédé immédiatement l'adi-

pose. On retrouve des cas analogues dans les observations de Henry. Eshner, Rénon et Heitz.

La teinte cyanotique intermittente des téguments au niveau de certaines régions (au front par exemple comme dans l'observation de W. Spiller). les varicosités, les ecchymoses spontanées signalées par Achard et Laubry et Giudiceandrea, sont parfois très accusées.

D. — Pseudo-œdème. — C'est en décembre 1903 dans la « Nouvelle iconographie de la Salpêtrière », que Dide a tracé la monographie du pseudo-œdème catatonique, qu'il a noté dans presque tous les cas d'adipose douloureuse qu'il a pu relever. Ce pseudo-œdème est caractérisé par une infiltration élastique le plus souvent non douloureuse et s'accompagnant parfois de cyanose. On a signalé des troubles trophiques concomitants comme l'asphyxie locale des extrémités (maladie de Raynaud), le purpura et surtout les ecchymoses sous cutanées.

E. — Troubles moteurs. — La force musculaire sauf de rares exemples est en général conservée.

Les troubles de la marche sont assez fréquents comme chez les malades de Giudiceandrea et de G. Ballet. — Les réflexes tendineux et musculaires sont habituellement normaux; chez notre malade (obs. II) ils étaient légèrement exagérés à gauche.

F. — Troubles sensitifs. — Nous ne nous occuperons ici que de la sensibilité objective, la sensibilité subjective prenant place parmi les symptômes principaux de la maladie.

Ordinairement normale, la sensibilité est cependant

sujette à quelques troubles. Dercum signale des zones d'anesthésie au niveau du bras droit avec une diminution de la sensibilité à la chaleur et au froid.

Dans l'observation de Giudiceandrea la malade réagissait d'une manière plus intense que normalement à la douleur ; dans un des cas publiés par Achard et Laubry, la sensibilité au contact et à la douleur est exagérée au pourtour des masses adipeuses et normales à leur niveau. Chez notre première malade la sensibilité à la piqûre, au contact, au chaud, au froid, est entièrement conservée. Elle est légèrement émoussée chez celle qui fait le sujet de notre observation II ; nous avons trouvé de l'hyperesthésie au niveau de la jambe gauche ; une sensibilité au froid exquise à la face interne de la cuisse et de la jambe gauches.

G. — Troubles trophiques. — Ils sont assez inconstants. La peau semble capitonnée, adhérente aux tissus profonds, présentant parfois l'aspect d'une peau d'orange ; quelquefois elle paraît plus lisse, plus amincie La pigmentation est assez rarement anormale.

Le système pileux semble aussi avoir reçu une certaine atteinte ; les cheveux sont cassants, les poils rares sur le pubis.

On a signalé de l'atrophie musculaire, et plus souvent des arthropathies qui ont tous les caractères des arthropathies rhumatismales et qui seraient liées à la polynévrite des petits filets sous-cutanés. — Il en serait de même pour la sclérodermie qu'Oddo et Chassy ont vu coexister avec l'adipose douloureuse.

La sécrétion sudorale est tantôt exagérée et tantôt diminué.

H. — Troubles sensoriels. — **Vue.** — Ce sont les paralysies oculaires que l'on rencontre surtout chez la malade qui fait l'objet de la troisième observation de Dercum, il y avait du ptosis du côté gauche et une légère parésie du muscle droit interne ; les milieux de l'œil étaient altérés.

Ouïe. — Les malades se plaignent de bourdonnements, de sifflements, de diminution de l'acuité auditive, parfois même de vertiges.

L'odorat et le **goût** sont aussi le plus souvent diminués et altérés, au point qu'une malade de Dercum ne distinguait pas l'eau de Cologne de l'assa-fœtida.

I. — Examen des urines. — Elles sont le plus souvent normales ; la quantité est peut-être légèrement au-dessous de la normale.

Giudiceandrea a constaté un peu de diminution de l'urée et MM. Rénon et Heitz ont noté une élimination moindre des éléments azotés. Ils ont trouvé également des traces d'acétone et de peptones.

Plusieurs auteurs ont observé des *troubles gastro-intestinaux* avec inappétence, vomissements, constipation ; le plus souvent il s'agit d'une dyspepsie légère.

Évolution. — Tels sont, brièvement exposés, les symptômes de l'adipose douloureuse. La façon dont ils apparaissent reste obscure ; la maladie de Dercum étant toujours diagnostiquée trop tard, on ne peut assister à l'évolution complète de l'affection depuis son début jusqu'à l'apparition de l'adipose.

Deux symptômes restent nets et à peu près constants ; c'est l'adipose et la douleur ; l'absence complète des autres symptômes en général et des troubles psychiques en particulier est une des preuves sur lesquelles s'appuient Cheinisse et Miquel pour nier l'existence de l'entité morbide de l'adipose douloureuse.

Mais ce que l'on peut dire d'une façon certaine c'est que l'affection a une marche essentiellement chronique, ne se développant que progressivement, lentement, presque insensiblement.

ETIOLOGIE

L'étiologie de l'adipose douloureuse est très obscure. Mais, d'après les observations parues jusqu'à ce jour, il est permis de dire que cette affection se développe selon certaines conditions assez nettement déterminées et qu'il est des causes qui semblent en favoriser l'éclosion.

Nous diviserons donc en deux parties les causes qui interviennent ou semblent intervenir pour engendrer l'adipose douloureuse : les unes seront prédisposantes, les autres, déterminantes.

Causes prédisposantes.

Tout d'abord, c'est une affection qui frappe presque exclusivement la *femme*. Les exceptions à cette règle sont rares et on ne connaît guère que six ou sept observations d'adipose douloureuse concernant des hommes, notamment, celles rapportées par Roux et

Vitaut et, tout dernièrement, par Le Meignen et Levesque (1).

L'*âge* n'est pas non plus sans influence. Il est rare que la maladie se développe dans la jeunesse ; il faut cependant citer la malade de Hale White, chez laquelle les premiers symptômes remontaient à l'âge de 12 ans et celle de William Spiller qui avait 32 ans lorsque l'affection a débuté. C'est surtout aux environs de la *ménopause* que la maladie se développe et généralement après, ce qui pourrrait nous faire tendre à entrevoir une certaine analogie entre la perte de la fonction ovarienne et l'apparition de l'adispose.

Pour être conforme à la vérité, nous devons mentionner l'observation de Rénon et Heitz ; chez la malade qui fit le sujet de cette observation, la ménopause semble avoir arrêté l'évolution des tumeurs.

Dans l'obésité simple, l'hérédité a un rôle prépondérant, mais ne paraît pas être un facteur bien important dans l'étiologie de l'adipose douloureuse. Par contre, *l'hérédité* nerveuse joue un rôle manifeste. On retrouve soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux de ces malades, des troubles dont l'origine est indéniable. Dans notre deuxième observation, le père de la malade était mort paralysé, la mère avait une hémiplégie droite ; même chose parmi ses descendants : une fille très nerveuse, une autre qui a eu des convulsions

1. Un cas de maladie de Dercum à rémissions passagères, chez un homme (Le Meignen et Levesque. *Bulletin médical*, 28 avril 1906, p. 380).

étant jeune. Et, cependant, elle-même est indemne de toutes ces manifestations.

L'*alcoolisme* et la *syphilis* ont été notés comme facteurs étiologiques de l'adipose douloureuse ; l'alcoolisme surtout, qui a servi à Deny et à Leplay pour établir leur théorie pathogénique éthylique de la maladie de Dercum. La syphilis a été mentionnée dans quelques observations.

L'*intoxication par le tabac* est hypothétique.

L'*arthritisme* semble ne jouer qu'un rôle effacé.

Causes déterminantes.

Le *traumatisme* a été souvent constaté comme cause déterminante dans les observations. On ne s'en explique pas bien le mécanisme dans l'adipose douloureuse, mais sa fréquence est incontestable. Eshner cite le cas d'une malade qui est projetée d'une voiture et qui, six semaines plus tard, voit apparaître sur son avant-bras gauche sept ou huit petites tumeurs. Miquel, dans sa thèse, cite le cas d'une religieuse qui fait une chute dans un escalier et constate quelques semaines plus tard, une adispose commençante. Sellerin rapporte également, dans sa thèse, l'histoire d'un homme qui, à la suite d'un violent coup de timon dans la région lombaire gauche, a vu se développer à cet endroit une tumeur mobile et douloureuse.

L'*accouchement*, l'*allaitement*, les *maladies infectieuses* sont plus rarement notées comme causes étiologiques importantes du syndrome de Dercum.

A l'instar de la buandière de William Spiller, notre observation I relate le cas d'une femme, qui, à 38 ans, eut les jambes mouillées longtemps ; elle eut alors des métrorragies et c'est à la suite de ces divers accidents que la malade s'est aperçue que ses jambes grossissaient peu à peu.

PATHOGÉNIE

Bien des théories ont été proposées pour expliquer la nature et la pathogénie de l'adipose douloureuse ; on a pensé à des troubles de la sécrétion thyroïdiennne, à l'insuffisance ovarienne ; Dercum avait trouvé des lésions du corps pituitaire à l'autopsie de l'un de ses malades ; mais, depuis, ces lésions n'ont pas été rencontrées d'une façon constante, et l'anatomie pathologique n'a pu nous donner la solution du problème en nous indiquant quel était l'organe primitivement atteint.

Mais, du moins, il semble probable que, dans l'adipose douloureuse, la cause première, l'inconnue à résoudre, agit par l'intermédiaire du système nerveux, comme dans toute formation graisseuse en général.

Suivant en cela le plan adopté par Sellerin, nous décrirons rapidement le rôle du système nerveux dans l'adipose ; ensuite nous passerons en revue les diverses théories émises par les auteurs pour expliquer la genèse de cette affection.

Cette marche à évolution lente rappelle évidemment

les œdèmes névropathiques étudiés par A. Mathieu et Weill (1) le trophœdème chronique héréditaire décrit par Henri Meige (2) et le pseudo-œdème catatonique de Dide (3). Ces auteurs rapportent ces affections soit à « des troubles nerveux probablement myélopathiques», soit à une altération des centres trophiques médullaires, soit enfin à un trouble de la circulation cérébrale. L'adipose douloureuse ayant un processus à peu près analogue à celui de ces affections, il semble qu'on soit tenté de lui accorder aussi une origine nerveuse.

De plus, dans le syndrome de Dercum, les troubles de la nutrition, l'existence de phénomènes douloureux, certaines modifications de la sensibilité et de la sécrétion, sont une preuve indubitable de la participation active du système nerveux dans cette affection.

L'anatomie pathologique enfin, a montré qu'il existait des lésions intéressant le système nerveux, lésions qui consistent en une névrite interstitielle parenchymateuse des filets sous-cutanés.

Il semble indubitable et démontré que la cause première de l'affection agit par l'intermédiaire du système nerveux.

1. Mathieu et Weill. *Archives générales de Médecine*, juillet 1885.

2. H. Meige. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1899.

3. Dide. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, décembre 1903.

I. — Influence du système nerveux dans la genèse des lipomes en général, et de l'adipose douloureuse en particulier.

Bien des auteurs ont parlé de l'influence du système nerveux dans les formations graisseuses. M. le professeur Landouzy (1) signale l'existence d'adipose sous-cutanée consécutive à des troubles nerveux.

Poison (2), dans sa thèse, rapporte une observation où la section complète du nerf sciatique s'est accompagnée d'une adipose au niveau de la jambe.

En 1882, Potain (3) a insisté sur l'origine névropathique des lipomes sus-claviculaire. Bouju (4), en 1892, continuant les théories de Mathieu, conclut à l'origine myélopathique des lipomes symétriques.

Dans l'adipose douloureuse l'influence du système nerveux paraît également manifeste. Nous avons vu que, tout à fait à son début, cette affection est caractérisée par un gonflement œdémateux localisé, s'accompagnant fréquemment de troubles vaso-moteurs cutanés, et s'accroissant par poussées successives et par paroxysmes douloureux concomitants jusqu'à l'adipose constituée. Comment ce dernier agit-il ? Ici tout est pure hypothèse, et on n'a pas un mot à changer à ce que disait

1. Landouzy. Revue *mensuelle*, janvier 1878.
2. Poison. *Thèse de Paris*, 1872.
3. Potain. *Bulletin de l'Académie de médecine*. 1892.
4. Bouju. Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse, 1892 *Th. de Paris.*

Bouju en 1892 : « L'action trophique dont le lipome est le résultat commencerait-elle par une sorte d'action vaso-motrice ? ou bien la même action qui produit la vaso-motricité, l'angio-neurose, comme le dit Mathieu, a-t-elle lieu concurremment avec la tropho-névrose, l'action nerveuse étant portée par le même nerf, d'une part aux éléments musculaires des petits vaisseaux, d'autre part, aux cellules graisseuses du tissu conjonctif? Nous ne sourions le dire.

II. — Théories proposées par les auteurs pour expliquer la genèse de l'adipose douloureuse

Le système nerveux joue certainement un rôle dans l'adipose douloureuse. Plus difficile est de dire quelle est dans cette action, la partie du système nerveux intéressé? Libre champ est encore donné ici à l'hypothèse et nous n'en voulons pour preuve que les nombreuses théories émises par les auteurs que nous allons maintenant passer en revue.

A. — L'adipose douloureuse reconnaît-elle une origine médullaire ? Dans deux observations, Dercum a mentionné une dégénérescence des cordons de Goll. Burr a trouvé une hydromyélie considérable. Faut-il croire à l'action trophique exagérée, dont parle Bouju dans sa thèse, action qui serait sous l'influence d'une impressionnabilité spéciale des cellules grises de la moelle ? H. Meige cherche l'origine du trophœdème dans une altération des centres trophiques du tissu cel-

lulaire sous-cutané et il localise ces centres dans la moelle.

On peut admettre cette localisation et l'autonomie de ces centres. Mais rien ne nous autorise dans la disposition des tumeurs, qui souvent dans l'adipose ne présent aucune espèce de symétrie et ne répondent pas au trajet des filets nerveux, à conclure à une analogie vraie entre cette affection et le trophœdème.

B. — S'agit-il d'une lésion cérébrale ? L'hypothèse est en tout cas vraisemblable, car on a retrouvé dans plusieurs autopsies des lésions du corps pituitaire. L'on sait de plus, que le corps pituitaire se divise en deux lobes dont Andriezen a noté la fonction exacte : le lobe postérieur qui dérive du cerveau et a une action trophique sur le système nerveux ; le lobe antérieur qui appartient au groupe des glandes dites internes et a une action destructive sur les matériaux de déchet de l'activité nerveuse. Ne pourrait-on conclure à une lésion du lobe cérébral, d'autant que l'on apprend en clinique que les lésions du corps pituitaire engendrent certains troubles nerveux comme l'asthénie, l'apathie, etc., manifestations que l'on retrouve dans l'adipose douloureuse.

L'on sait, de plus, que bien des troubles trophiques se produisent à la suite de lésions encéphaliques comme l'œdème dans le ramollissement cérébral.

Faut-il admettre cette relation de cause à effet entre la lésion pituitaire et l'adipose? Outre que les autopsies ne sont pas encore suffisamment nombreuses et que parmi ces dernières on a cité de rares cas de lésions

du corps pituitaire, on ne peut conclure par l'affirmative absolue.

C. — Dercum, faisant l'autopsie d'un de ses malades, a rencontré des lésions très nettes de névrite périaxile dans les petits nerfs sous-cutanés, et il en conclut que l'adipose douloureuse est sous la dépendance de cette polynévrite. Cette théorie émise par Péterson et Loveland n'est pas trouvée inadmissible par M. G. Ballet. Nous connaissons, en effet, la relation étroite, qui existe entre les troubles trophiques et la névrite ; M. le professeur Landouzy a signalé l'adipose consécutive à la sciatique rebelle, et celle qui existe du côté paralysé chez les hémiplégiques. Pourquoi, dès lors, ne pas admettre qu'il en est ainsi dans la maladie de Dercum? Cette théorie expliquerait également les symptômes que l'on observe fréquemment dans l'adipose tels que les troubles secrétoires, vaso-moteurs ou sensitifs. De plus, l'existence de la douleur nous indique qu'il y a un trouble grave du système nerveux.

Mais M. G. Ballet se demande quelle serait l'origine, la cause de cette névrite? S'agit-il d'une névrite d'origine centrale en relation avec une lésion médullaire? Dercum a bien parlé d'une dégénérescence du cordon de Goll, mais rien n'est moins certain que cette origine médullaire de l'adipose. Nous préférons nous ranger à l'opinion du professeur Raymond qui disait dans une de ses dernières cliniques de la Salpêtrière : l'étiologie des polynévrites peut se résumer d'un mot : l'intoxication. Et M. G. Ballet ajoute : « Mais de quelle intoxication s'agirait-il ? D'une intoxication exogène,

l'alcoolisme, par exemple ? Non, à coup sûr, car nous connaissons bien les polynévrites alcooliques et leur symptomatologie n'a rien de commun avec celle de la maladie de Dercum. Serait-ce la syphilis? C'est invraisemblable car des antécédents spécifiques n'ont été relevés que dans deux ou trois observations ; et comment expliquer, d'ailleurs, si la syphilis dont on sait la fréquence, était susceptible d'engendrer l'affection, que l'adipose douloureuse ne soit plus fréquente (1). »

Il est permis de se demander si le tabagisme et les poisons microbiens n'ont pas un rôle pathogénique plus ou moins considérable dans cette affection.

Mentionnons simplement comme facteurs de polynévrite l'arsenic, le plomb et le mercure.

Ce n'est donc pas parmi les intoxications exogènes qu'il faut chercher. La marche progressive et lente de l'affection pourrait nous faire incliner plutôt vers les auto-intoxications.

D. — Dercum admettait l'hypothèse d'une dystrophie thyroïdienne et cette opinion a été reprise par Roux et Vitaut qui rattachaient l'adipose au myxœdème et concluaient à un trouble de la fonction thyroïdienne. On a trouvé il est vrai dans les autopsies des lésions du corps thyroïde et Roux a publié une observation dans laquelle l'adipose s'accompagnait de goître exophtalmique ; la thèse de Crémieux contient également la description d'une maladie de Dercum « évoluant » une malade atteinte de maladie de Based

1. G. Ballet. *Presse médicale*, 8 avril 1903,

On verra autre part ce qu'il faut penser de cette analogie de l'adipose et du myxœdème ; de plus les lésions du corps thyroïde constatées dans les autopsies ne sont pas toujours bien caractéristiques. Quant à l'amélioration obtenue par le traitement thyroïdien, elle a été le plus souvent à peu près nulle.

E. — Faut-il attribuer la cause de ces polynévrites à la suppression ou à une lésion du corps pituitaire, des testicules ou des ovaires ? Caselli tout récemment a montré l'analogie qui existait entre les fonctions de la glande thyroïde et celles du corps pituitaire et on peut rattacher cette hypothèse à la précédente.

On a trouvé dans plusieurs autopsies de l'atrophie des ovaires et des testicules. Or il est de notoriété publique que les castrés, les eunuques sont presque toujours gras et que les femmes grossissent en général après la ménopause. Sicard cite deux cas d'adipose douloureuse survenus après la castration (1). « Il n'est pas douteux, dit-il, que l'adispose douloureuse ne doit pas être confondue avec l'obésité banale et qu'elle forme bien un type à part. Mais nous nous demandons, encore une fois, si c'est bien une obésité toujours banale que celle qui peut survenir après la castration. » Aussi est-il rationnel d'essayer de donner de la glande ovarique aux femmes atteintes d'adipose douloureuse.

F. — Mentionnons, enfin, l'hypothèse de Koplan et Fedorow qui font de l'adipose douloureuse « une

1. Sicard. Deux cas d'adipose douloureuse, suite d'ovariotomie, (*Soc. Méd. Hôp.*, 1903).

maladie constitutionnelle générale, analogue à l'obésité mais avec participation plus marquée du système nerveux. »

Ces auteurs oublient d'indiquer, précisément la chose intéressante, à savoir le rôle du système nerveux et la lésion primitive.

En résumé, aucune de ces théories pathogéniques n'est véritablement satisfaisante. Il semble avéré et certain que la cause première agit par l'intermédiaire du système nerveux déterminant à la fois des lésions nerveuses périphériques et de l'encéphalopathie.

Nous lisons, cependant, dans une observation de Le Meignen et Levesque une phrase qui pourrait jeter un certain trouble dans notre esprit : « Il est très remarquable ici que le point où la névrite est le plus développée est précisément celui où le dépôt adipeux anormal n'existe pas (1). »

Quelle est cette cause, ce *primum movens* ? Est-ce une intoxication ? De quel genre ? Il semble que l'hypothèse d'un trouble dans une glande à sécrétion interne est celle qui nous satisfait le mieux. Encore plus hypothétique et plus inconnu est le nom de cette glande? Est-ce l'ovaire comme le croit Sicard ? Il semble, en tous cas, que ce ne puisse être le corps thyroïde.

1. *Bulletin médical*, avril 1906, p. 381.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Deux sortes de recherches ont été faites sur les lésions de l'adipose douloureuse : Les unes, les biopsies, faites sur le vivant, consistent à étudier la structure histologique des masses lipomateuses; les autres ont été faites à l'autopsie.

1° Anatomie microscopique des modules graisseux

Dercum, en pratiquant des ponctions successives dans le tissu cellulaire sous-cutané, a pu suivre pas à pas le processus des divers phénomènes anatomo-pathologiques de l'adipose douloureuse.

A une première ponction, il retire des masses adipeuses qui « *étaient translucides et avaient la consistance de la gelée* ».

Une deuxième ponction lui montre un tissu conjonctif englobant des cellules adipeuses.

Dans une troisième préparation, Dercum vit du tissu

conjonctif réticulé englobant des cellules graisseuses et quelques éléments nerveux et vasculaires.

Le savant professeur de Philadelphie a pu ainsi constater qu'à un gonflement adémateux initial faisait suite une transformation adipeuse que clôturait enfin l'adipose.

Vitaut en 1901 à Lyon, Louste en 1903 à Paris ont fait des recherches analogues dont le résultat est venu confirmer les constatations de Dercum.

La graisse a été étudiée au point de vue chimique par M. Edsall. Celui-ci insiste sur le caractère spécial de l'acidité libre, qui est nettement inférieure à celle de la graisse normale.

2° Lésions organiques macroscopiques

Peu d'autopsies d'adipose douloureuse ont été faites jusqu'à ce jour, mais elles nous ont révélé un certain nombre de choses intéressantes.

Trois de ces autopsies ont été pratiquées par Dercum : il a constaté des lésions très nettes du corps thyroïde, consistant en l'hypertrophie de la glande avec infiltration calcaire, ou bien, au contraire, atrophie, avec, çà et là, des modules tendant à l'hypertrophie compensatrice ; des lésions de névrite interstitielle des nerfs cheminant dans le tissu adipeux ; de la dégénérescence des cordons de Goll à la région cervicale.

Burr a trouvé les mêmes lésions que précédemment ; il signale de plus l'hypertrophie avec dégénérescence gliomateuse du corps pituitaire, et l'atrophie des ovai-

res. Il a noté également une hydromyélia, avec des lésions de chromatolyse du groupe latéral externe des cellules de la moelle.

Dercum et Mac-Carthy en 1902 ont publié une observation d'adipose douloureuse suivie d'autopsie. Ici, au contraire, peu d'altération du corps thyroïde, mais ils ont pu constater à nouveau des lésions du corps pituitaire consistant en un adéno-carcinome de l'organe avec amas de matière colloïde. L'infiltration néoplasique commençait dans la portion acineuse de la glande et se continuait dans la portion cérébrale. Ces auteurs ont constaté de plus une névrite interstitielle des filets nerveux cheminant dans la graisse et l'atrophie testiculaire. Les autres lésions de la rate et du cerveau semblent avoir moins d'importance.

En avril 1903, M. Ballet fait paraître le compte rendu d'une autopsie dans laquelle il aurait trouvé : — a) une cirrhose du foie à type annulaire avec dégénérescence graisseuse de la part des cellules ; — b) une névrite interstitielle parenchymateuse d'un grand nombre de filets nerveux sous cutanés ; — c) une cirrhose diffuse du corps thyroïde. — Le corps pituitaire n'a malheureusement pas été examiné.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie de Dercum est en général assez facile, lorsque quelques-uns des symptômes étudiés plus haut sont présents ; mais souvent on a à examiner des malades, dont l'affection remonte déjà à une époque éloignée et qui ne présentent comme symptômes nets qu'une adipose plus ou moins généralisée et plus ou moins douloureuse. La disposition, la forme, la consistance de cette adipose peuvent faire faire alors le diagnostic, car il ne faut guère compter sur l'histoire de l'évolution antérieure de l'affection dont les malades ne se rappellent souvent pas et qu'ils forgent parfois de toutes pièces.

L'adipose douloureuse n'est pas sans analogue avec d'autres affections avec lesquels on pourrait la confondre.

Nous étudierons successivement et discuterons le diagnostic de chacune des formes cliniques de la maladie.

I. — Forme nodulaire

C'est la *Maladie de Recklinghausen* ou *neurofibromatose généralisée* bien étudiée par Lévy et Ovize (1) par notre confrère et ami Sahut dans sa thèse (2) et par Crémieux (3) qui présente le plus d'analogie avec cette forme primitive de l'adipose. Cette affection est caractérisée par des tumeurs cutanées des tumeurs des nerfs, des taches pigmentaires et un certain état mental particulier qui rappelle celui de la psychose polynévritique.

Les tumeurs cutanées sont rares sur les membres, plus nombreuses à la face et au cou; en général absolument indolores.

Le long du trajet des nerfs siègent des tumeurs qui se suivent comme les grains d'un chapelet ; elles ne sont pas situées dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais beaucoup plus profondément. Nous avons vu par contre que dans la maladie de Dercum les nodules graisseux ne se trouvent pas sur les trajets nerveux ; ils sont mobiles en tous sens et beaucoup plus irrégulièrement distribués.

Les taches pigmentaires qui sont une rareté dans

1. Levy et Ovize. *Gazette des Hôpitaux*, nov. 1899.

2. Sahut. *Thèse Paris*, (1904),« Contribution à l'étude de la maladie de Recklinghausen. »

3. Crémieux. *Thèse Montpellier* (1905). « Contribution à l'étude de la lipomatose multiple symétrique. »

l'adipose se retrouvent ici avec une grande fréquence.

Les troubles nerveux sont aussi plus accentués ; on a noté de l'asthénie dans les deux cas, mais la force musculaire est considérablement diminuée dans la neuro-fibromatose.

Mentionnons aussi la nature congénitale de la maladie de Recklinghausen, tandis que le syndrome de Dercum est une affection purement acquise puisqu'il ne débute guère avant 40 ans.

Le diagnostic avec la *lipomatose symétrique multiple* est très délicat. Les auteurs, pour la distinguer de l'adipose douloureuse, se basent sur les caractères suivants :

Le début lent et insidieux de ces lipomes. Leur apparition dans la jeunesse ou l'âge adulte.

Leur consistance molle et leur délimination peu nette.

Leur distribution rigoureusement symétrique.

L'absence de phénomènes douloureux.

D'autres auteurs comme Thimm (1), Schlesinger (2), Weiss (3), déclarent que la forme nodulaire de la maladie de Dercum et la lipomatose symétrique ne seraient qu'une seule et même affection. C'est aussi l'opinion de Cheinisse (4) et Miquel (5). Cheinisse se demande, « si

1. Thimm. Adipose douloureuse et lipomes symétriques. *Monatschrift für praktische Dermatol.* Berlin, 15 mars 1903.

2. Schlesinger. *Semaine médicale*, 1903, p. 27.

3. Weiss. *Wien. Klin., Woschenschrift*, 23 avril 1903, p. 496.

4. Cheinisse. *Sem. méd.*, 8 juillet 1903.

5. Miquél. *Th. Paris*, juillet 1904.

l'attention des observateurs appelée sur la prédominance, tantôt d'un symptôme tantôt d'un autre, ne les a pas égarés et fait décrire comme des affections diverses, une foule de cas trop différents les uns des autres pour constituer chacun une entité morbide. » Il en rapproche même certains œdèmes arthritiques et Le Meignen (1), qui a eu occasion d'observer des œdèmes manifestement arthritiques coïncidant avec le syndrome de Dercum incline aussi vers cette analogie probable.

Il nous semble plus logique d'être éclectique. Admettons que la forme nodulaire de la maladie de Dercum présente les plus grandes analogies avec la lipomatose symétrique multiple, mais réservons un symptôme grâce auquel il sera permis de faire le diagnostic différentiel : la douleur.

Mentionnons simplement quelques affections auxquelles il faut penser quand on se trouve en présence d'un malade présentant ces petits nodules et dont le diagnostic a été posé dans la thèse de Sellerin : le *tubercule douloureux,* les *gommes,* les *cysticerques ladriques,* l'*adénopathie généralisée,* les *dermatomyomes multiples,* la *sarcomatose cutanée généralisée,* les *nodosités sous-cutanées rhumatismales,* les *névromes plexiformes.*

1. Le Meignén. *Gaz. méd. de Nantes*, 6 juin 1906.

II. — Forme diffuse localisée ·

Cette variété d'adipose peut être confondue avec l'*adéno-lipomatose* de Launois et Bensaude. Mais ici les masses graisseuses sont localisées au cou et à la nuque de sorte que la tête est entourée d'un énorme collier de tumeurs. On les trouve rarement ailleurs. Ces tuméfactions sont symétriques. De plus cette maladie à évolution lente, s'observe presque exclusivement chez l'homme et ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux.

Quand l'adipose siège aux membres inférieurs, on pourrait penser à l'*éléphantiasis des Arabes*. Cette affection rare dans nos pays, débute par des accidents fébriles. Le diagnostic s'en écarte de plus par l'absence dans l'adipose de toute pachydermie ; dans l'éléphantiasis la peau est rugueuse, écailleuse et parfois s'ulcère ; l'œdème est dur, sec, pigmenté ; les ganglions sont le plus souvent tuméfiés ; on a parfois le tableau complet et caractéristique d'une lymphangite. La présence de la filaire dans le sang lèvera tous les doutes.

La *paralysie musculaire pseudo-hypertrophique ou maladie de Thomsen* est une maladie de l'enfance qui présente des signes très spéciaux, comme la contracture, ne permettant pas de la confondre avec l'adipose douloureuse.

Dans le *pseudo-éléphantiasis névropathique de Mathieu*, l'œdème est symétrique, englobant parfois le

pied ; la douleur suit ici les trajets nerveux et l'on retrouve quelquefois le signe de Lasègue et les points de Valleix.

La *lipomatose symétrique diffuse*, telle que nous la connaissons avec les observations de Wernewick, Mosny et Beaufumé présente de grandes analogies avec la maladie de Dercum, mais s'en écarte cependant par la non existence de l'élément douleur.

Le *pseudo-œdème catatonique* de Dide, se localise à la face dorsale des pieds et à la partie inférieure des jambes et s'accompagne de cyanose, d'asphyxie symétrique des extrémités, d'ecchymoses spontanées. Dide déclare qu'il peut coexister avec la maladie de Dercum.

Difficile pourrait être le diagnostic des différents *œdèmes nerveux* qui surviennent chez les hémiplégiques et les hystériques, et dans la maladie de Basedow. On se basera, pour les distinguer de ceux de l'adipose, sur ce fait qu'ils existent chez les malades atteints de troubles nerveux bien caractérisés.

Le diagnostic enfin sera facilement fait avec les *œdèmes* dus aux maladies du cœur et des reins en ce que, dans ces derniers, on constate l'empreinte en forme de godet laissé par le doigt.

III. — Forme diffuse généralisée

Trois affections peuvent-être confondues avec cette variété d'adipose : le trophœdème, l'obésité banale et le myxœdème.

Le *trophœdème,* décrit par Henri Meige, (1) est une affection congénitale, héréditaire et familiale. Les caractères de l'œdème sont un peu différents de ceux que présente l'œdème de la maladie de Dercum ; celui-là en effet est blanc, dur, indolore, le plus souvent unilatéral, intéressant le pied et la main, et gardant l'empreinte du doigt.

L'*obésité,* héréditaire le plus souvent, en sera facilement distinguée grâce à l'absence des douleurs et des exacerbations paroxystiques, et à la répartition diffuse de la graisse.

Ici la couche adipeuse est uniformément développée ; il n'y a pas de ces masses lipomateuses apparaissant en certains lieux d'élection. L'obésité peut envahir tous les organes dont elle gêne le fonctionnement, et ne s'accompagne pas des troubles moteurs, sensitifs ou sécrétoires qui forment le cortège habituel de la maladie de Dercum.

Le *myxœdème* s'en distingue aussi par d'assez nombreux caractères. Ce qui frappe d'abord chez un myxœdémateux c'est la bouffissure du visage, l'épaississement de la peau et l'état mucoïde du tissu cellulaire.

La peau dure et rude recouvre une œdème dur également, généralisé, qui ne respecte pas les extrémités.

Dans le myxœdème on constate surtout de la torpeur intellectuelle, une « inertie végétative », comme dit Brissaud ; le facies est hébété, le pouls est faible,

1. Henri Meige. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1899, p. 453.

ralenti, l'urine est rare, toutes choses qui n'existent pas dans l'adipose.

Le début n'est pas le même ; il apparaît dans l'enfance ou l'âge adulte tandis que la maladie de Dercum est l'apanage de la vieillesse. — L'évolution en est également tout autre : continue et progressive dans le myxœdème, elle procède par poussées successives dans l'adipose.

Enfin l'opothérapie thyroïdienne agit ici d'une façon tout à fait remarquable, tandis qu'elle n'a qu'une action très contestable dans l'adipose, dont le traitement efficace, spécifique, est encore à trouver.

En résumé, comme nous le disions au début de ce chapitre, sans être partisan de l'absolutisme de Cheinisse et de Miquel, qui font de l'adipose une des variétés d'une seule et même affection, dont les autres formes seraient les lipomatoses multiples, le myxœdème, etc.., nous croyons cependant que le diagnostic présente parfois des difficultés telles, qu'on serait presque tenté de conclure à une certaine analogie entre ces différents états pathologiques. Le diagnostic différentiel est le plus souvent basé sur l'existence ou la non existence de l'élément douleur ; nous avons vu ce qu'il faut penser de la constance de certains symptômes de la maladie de Dercum en général et de la douleur en particulier.

Nous ne pourrons donc nous ranger à l'opinion de Sellerin et de Houée qui prétendent dans leur thèse que le diagnostic de l'adipose douloureux est toujours facile.

PRONOSTIC

L'adipose douloureuse comporte un pronostic assez grave, en ce sens du moins qu'on ne connaît pas jusqu'à ce jour de cas de guérison, et que les traitements préconisés sont d'une efficacité douteuse. Il faut ajouter cependant qu'elle ne compromet l'existence en aucune façon et peut permettre une longue survie.

Le malade meurt le plus souvent d'une affection intercurrente. Dans une de ses autopsies, Dercum a constaté un œdème du poumon; la malade de Burr succomba des cours d'un mal de Bright aigu.

M. Gilbert Ballet a pratiqué l'autopsie d'une malade dont il avait peu de jours avant publié l'observation(1) et a constaté une cirrhose hépatique avec dégénérescence graisseuse, une névrite interstitielle parenchymateuse d'un grand nombre de filets nerveux sous-cutanés, et une cirrhose diffuse du corps thyroïde.

Quelquefois, rarement, les phénomènes nerveux pren-

1. *Presse médicale*, 8 avril 1903.

nent une intensité telle qu'on s'est vu obliger d'enfermer certains de ces malheureux dans des asiles.

Faut-il supposer que l'adipose douloureuse, en débilitant l'organisme prépare le terrain sur lequel vont germer d'autres maladies?

Le pronostic est encore singulièrement assombri par ce repos forcé auquel sont astreints la plupart de ces malades qui voient leur vie empoisonnée par une affection dont la désespérante ténacité les entraine fatalement vers une prochaine et sombre mélancolie.

TRAITEMENT

Le traitement de l'adipose douloureux est encore à l'heure actuelle tout empirique. Bien des méthodes ont été préconisées ; la diète, les préparations iodées, les extraits thyroïdiens, la strychnine, l'électricité, les rayons Rœntgen, l'hydrothérapie, etc.

Il semble que le massage aurait donné de bons résultats chez les deux malades de Spiller et de Féré.

La compression bien faite est un auxiliaire précieux et Dercum et Spiller ont pu arriver à réduire le volume des membres atteints d'adipose diffuse mais cette diminution ne fut que passagère.

Le Meignen a obtenu relativement de merveilleux résultats en combinant chez son malade les douches chaudes au traitement iodé et au repos.

Le traitement chirurgical ne peut s'adresser qu'à la forme nodulaire et l'effet en paraît du reste illusoire.

Le salicylate de soude semble donner quelques résultats passagers. L'arsenic sous forme de liqueur de

Fowler a permis de constater une amélioration évidente mais seulement du côté de l'asthénie.

Kaplan et Fédorow ont employé la phothérapie. « On projette sur la région lombaire la lumière d'une lampe violette de 50 bougies, avec réflecteur parabolique ; sur l'épaule gauche, la lumière d'une lampe blanche de 25 bougies avec le même réflecteur. La séance dure quinze minutes. Les douleurs disparaissent pendant une heure mais reparaissent plus intenses qu'auparavant..... »

C'est Ewald qui, le premier, en 1895, à recouru à l'opothérapie thyroïdienne et a obtenu une certaine amélioration. Les résultats ont depuis été inconstants.

Sicord préconise, avec raison, l'emploi de la glande ovarique. L'apparition de l'adipose douloureuse consécutive à l'ovariotomie rendrait logique cet essai.

On voit, par la multiplicité des médicamm employés et par le peu de résultats obtenus, qu'il n'existe pas encore de traitement spécifique de l'adipose douloureuse.

Il est cependant du devoir du clinicien de chercher à soulager son malade.

Quand l'asthénie sera trop considérable, et l'état général trop affaibli, il pourra avoir efficacement recours à la strychnine et à l'arsenic. La compression unie au massage lui seront d'un utile secours. Le salicylate de soude pourra calmer l'acuité trop grande des douleurs. On pourra enfin essayer dans l'adipose généralisée la médication thyroïdienne ou, peut-être mieux, l'opothépie ovarique. On emploiera la première de ces médi-

cations surtout sous forme de thyroïdine mais on agira avec la plus extrême prudence suspendant de suite le traitement lorsque apparaîtront des signes d'intolérance comme la tachycardie, la céphalée, les troubles gastro-intestinaux.

Ajouter à cela un repos presque complet dont l'effet n'aura peut-être rien de durable mais qui calmera du moins l'acuité trop vive des douleurs.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*) (1).

Mme O.., 63 ans, domestique. Elle a été réglée à l'âge de 15 ans. Ses règles ont complètement cessé à l'âge de 32 ans. Elle a eu la variole à 7 ans et s'est mariée à 15 ans 3 mois. Pas de spécificité, pas d'alcoolisme.

Elle a eu deux enfants morts tous deux de méningite. Son mari et son père sont morts de bacillose. Elle a deux frères et une sœur qui sont en bonne santé. Elle a été porteuse de pain pendant 4 ans et a eu à cette époque, les jambes mouillées. A 38 ans la malade a eu des métrorragies pour lesquelles elle a été trouver un médecin. Elle pesait alors, dit-elle, 140 livres. C'est à la suite de ces divers accidents que la malade s'est aperçue que ses jambes grossissaient peu à peu.

Elle a commencé par s'apercevoir qu'elle avait de la peine à lacer ses bottines ; puis peu à peu ses jambes s'enflaient. Elle se sentait en même temps légèrement fatiguée mais son

1. Cette observation et la suivante ont été recueillies par nous dans le service de M. le Dr Lion.

asthénie ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations ordinaires.

État actuel. — Quand on découvre la malade on s'aperçoit du volume énorme des deux jambes, elles sont cylindriques, semblables à deux colonnes : le pli du jarret n'est pas marqué, le genou n'a plus sa forme normale, le mollet est effacé.

A la mensuration on obtient les chiffres suivants :

	Jambe droite	Jambe gauche
Au niveau du genou.	0.43	0.42
Immédiatement au-dessous du genou.	0.39	0.37
A hauteur du mollet.	0.37	0.37
Au-dessus des malléoles.	0.30	0.29

Cet aspect éléphantiasique de la jambe contraste avec la gracilité relative du pied. La jambe est séparée du pied normal par un sillon des plus marqués. Cette adipose retombe sur le pied comme une guêtre sur la bottine, l'enserrant mais ne dépassant pas des points bien marqués.

La malade présente un certain degré d'obésité, quoiqu'à son dire elle ait considérablement maigri. Cette adipose ne monte que jusqu'au genou au niveau de la rotule. Le reste du corps est indemne.

Au palper on a nettement l'impression d'une masse graisseuse, diffuse, localisée aux jambes. Ce n'est pas un œdème et l'absence de godet permet d'éviter la confusion.

Cette malade ne présente pas, à l'état actuel, de douleurs spontanées, mais en prenant le tissu cellulaire entre deux plis de la peau elle accuse une douleur. Cette douleur s'exagère par la marche et diminue par le repos.

La malade a conservé l'intégrité de sa sensibilité au contact, à la piqûre, au chaud, au froid.

Elle ne présente rien du côté de l'appareil pulmonaire, ni du côté du cœur. Elle n'a pas d'albumine dans ses urines.

Dyspepsie légère.

Quelques légers troubles de la vue dus à son âge avancé.

Elle est fatiguée et ne se sent aucune force; elle dort peu, dit-elle. Elle ne présente aucun trouble psychique marqué. D'un naturel plutôt triste, elle a toujours été ainsi. Elle a une mémoire excellente, cause avec facilité et répond de même aux questions qu'on lui pose. Elle lit très bien mais ne sait pas écrire.

Observation II (*personnelle*).

M^me^ G..., 54 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Père mort à (?) Paralysie des membres inférieurs. Mère morte à 70 ans (hémiplégie droite).

Deux sœurs: une morte à 46 ans (nerveuse). Une bien portante. Un frère mort d'accident à 42 ans.

Antécédents personnels. — Otorrhée droite à 10 ans. Phlébite gauche *post partum* il y a trente ans. Congestion pulmonaire à 43 ans.

Six enfants:

A 22 ans, une fille à terme (très nerveuse).

A 25 ans, une fille à terme (morte à 22 mois, méningite).

A 26 ans, une fille morte à 7 mois.

A 30 ans, une fille bien portante.

A 37 ans, une fille vivante actuellement; elle a eu des convulsions étant jeune.

A 43 ans, un garçon mort de diarrhée infantile.

Début de la maladie. — Il y a onze ans, à l'âge de 43 ans, quatre ans *avant* sa ménopause la malade grossit ; elle s'aperçut que ses vêtements étaient trop étroits, mais elle ne peut préciser si l'adipose a commencé par les membres inférieurs ou par un autre segment du corps.

La malade n'a plus très bonne mémoire, elle se trompe et ne se souvient plus bien des diverses particularités qui auraient dû la frapper dans sa vie antérieure. Grâce à la présence de sa fille on peut avoir quelques détails. La lecture la fatigue vite, son attention ne peut être longtemps soutenue. Elle est plutôt triste et encline aux idées noires ? ?

Otorrhée droite. Actuellement surdité de l'oreille droite. Vertiges légers.

Asthénie musculaire peu marquée, cependant elle ne peut pas rester aussi longtemps debout qu'autrefois ; lorsqu'elle travaille chez elle et vaque aux soins du ménage, elle est obligée de s'asseoir de temps en temps.

Pas d'hémorragies.

Il n'y a jamais eu de douleurs spontanées chez la malade. Le palper profond au niveau de la masse adipeuse de la face externe de la jambe gauche provoque de la douleur mais une douleur qui ne provoque pas de cris elle est pourtant assez intense pour que la malade réagisse en retirant sa jambe ; les autres masses adipeuses sont peu douloureuses.

Examen local. *Membres inférieurs.* — La malade pèse 87 kilos. Taille : 1 m. 45. Les membres inférieurs sont très volumineux, le pied est resté normal. La jambe et la cuisse se continuent sans démarcation ; la saillie rotulienne a presque complètement disparu des deux côtés ; la partie supé-

rieure du creux poplité est remplie par deux masses adipeuses symétriques. On remarque deux petites masses adipeuses arrondies, placées sur les deux jambes au niveau des malléoles externes; celle de gauche est grosse comme une petite mandarine, celle de droite comme une noix. A cinq travers de doigt au-dessus de la partie inférieure de la rotule sur la face interne des jambes droite et gauche se trouve une masse adipeuse, parcourue de deux sillons, un supérieur et inférieur, en dehors, cette masse se continue sans démarcation avec la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe; les cuisses ont la forme d'un gigot.

Abdomen. — Ventre étalé en forme de ventre de batracien; il est très flasque et, à sa partie inférieure, vient retomber et recouvrir le tiers supérieur des cuisses.

Dos. — Deux masses graisseuses peu saillantes descendant de la partie inférieure de l'omoplate jusqu'au rebord inférieur des fausses côtes.

	Jambe droite	Jambe gauche
Jambe au niveau des malléoles. .	0.26	0.28
» 1/3 moyen	0.35	0.33
» sous la rotule	0.41	0.41
	Cuisse droite	Cuisse gauche
Cuisse au-dessus de la rotule. .	0.48	0.51
» 1/3 moyen	0.53	0.53
» 1/3 supérieur	0.61	0.61
Abdomen sous les reins	1 m. 20	
» au niveau supérieur, crête iliaque.	1 m. 28.	

Bras et avant-bras. — Pas de bourrelets en forme de manchettes ; la graisse est assez bien répartie et la forme générale du bras est conservée.

	Avant-bras droit	Avant-bras gauche
Avant-bras bi-malléolaire . . .	0.17	0.16
» 1/3 moyen.	0.23	0.19
» pli du coude. . . .	0.26	0.26

Obs. II. Mme G...

Le cliché de cette photographie nous a été gracieusement communiqué par notre camarade, Mlle *Paris*.

	Bras droit	Bras gauche
Bras au-dessus de la pointe de l'olécrâne.	0.28	0.32
Bras 1/3 moyen.	0.29	0.34
» 1/3 supérieur.	0.35	0.36

Examen de la sensibilité. — En général sensibilité un peu émoussée.

Piqûre. — Hyperesthésie au niveau de la face interne de la jambe gauche.

Sensibilité au froid. Exagérée sur la face interne de la cuisse et de la jambe gauche. Elle est égale partout ailleurs.

Réflexe. — Légèrement exagérés à gauche, normaux à droite.

Babinski négatif.

Pas d'inégalité pupillaire, la pupille réagit bien à la lumière et à l'accommodation.

Champ visuel normal. — Réflexes laryngiens conservés.

Appareil musculaire. — Les groupes musculaires de la jambe et de la cuisse agissent nornalement. Force musculaire conservée. Peu d'asthénie.

Poumons. — Léger emphysème.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Pouls : 66. Rien par ailleurs.

Corps thyroïde normal.

Pas d'albumine.

Observation III (1).

Adipose douloureuse. Eczéma artificiel.

Mme Ernestine H..., couturière, 54 ans.

Entrée dans le service le 18 novembre 1905.

Antécédents héréditaires. — Mère morte asthmatique et hydropique. Un frère mort de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte de cancer.

1. Observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur Gaucher.

Antécédents personnels. — Névralgie sciatique il y a 5 ans ; à part cela bonne santé.

A toujours été forte. Membres volumineux même depuis son enfance surtout les membres inférieurs. Elle a eu six enfants, mari bien portant.

Malade depuis le 25 juillet 1905. A la suite d'un bain, il se produisit sur la partie inférieure des deux jambes, des rougeurs et des crevasses. Application de pommades accompagnée d'eau de feuilles de noyer.

Sur les deux tiers inférieurs de la jambe gauche, sur toute la périphérie, on remarque de l'eczéma, vésicules, ulcérations. Au même niveau, sur la jambe droite, rougeur légère. Téguments intacts. Cicatrice à la partie inférieure.

Réflexes rotuliens exagérés.

Urines. — Pas de sucre. Albumine (traces).

Rapport azoturique : 84 0/0.

Traitement. — Pansements humides.

Examen somatique. — *Membres inférieurs.* — Volumineux dans leur ensemble, déformés en poteau, la partie inférieure de la jambe étant aussi grosse que la partie supérieure. Cette déformation est due à un développement excessif du tissu adipeux sous-cutané. Au premier abord, il semble s'agir d'un œdème éléphantiasique. Mais au contraire, c'est bien le tissu cellulo-adipeux qui est hypertrophié (on n'obtient pas de godet par la pression du doigt). Il n'y a pas d'altération de la peau au dehors de l'eczéma. La peau est tendue, comme infiltrée, et fait corps avec l'adipose, celle-ci s'arrête à la cheville en formant un bourrelet.

A la cuisse, on a un bourrelet analogue.

Grosses masses adipeuses à la partie supérieure du mollet.

Membres inférieurs. — Adipose volumineuse plus marquée au bras qu'à l'avant-bras; formation d'un bourrelet graisseux autour du cou. Grosses masses adipeuses à la racine du membre, notamment à la partie postérieure du creux axillaire.

Pas d'hyperesthésie ni de troubles psychiques bien accusés.

L'adipose est douloureuse au pincement.

Observation VI

Un cas de maladie de Dercum à rémissions passagères chez un homme, par H. Le Meignen et Louis Levesque (*Bulletin Médical*, 28 avril 1906).

Le B... Jules, âgé de 43 ans, cuisinier, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 octobre 1905, se plaignant de douleurs au niveau des articulations coxo-fémorales. Le malade aurait eu la variole à l'âge de huit ans, une hémorragie à vingt ans; à vingt et un ans, il aurait gagné la syphilis et ne l'aurait pas soignée. Cependant, marié à l'âge de vingt-trois ans, il ne semble pas avoir contagionné sa femme, qui n'a pas fait de fausse couche et a mené à terme trois grossesses. Enfin, Le B... accuse des habitudes d'intempérance depuis l'âge de vingt-cinq ans; il boit 3 à 4 litres de vin par jour et même plus parfois. Il n'y a aucun traumatisme dans ses antécédents.

Vers 1897, Le B... a dû interrompre son travail. Ce n'est pas qu'il souffrait plus particulièrement d'un organe quelconque, mais ses forces avaient beaucoup diminué. En même temps, il observait des phénomènes curieux dans l'aspect de son corps. Ses seins étaient devenus volumineux, « semblables à ceux d'une femme », nous dit-il; au niveau de la partie postérieure de l'épaule droite existait une masse de graisse volumineuse, dont un chirurgien lui proposa l'extirpation,

opération qu'il refusa; enfin, la paroi de l'abdomen se surchargeait de graisse, au point que le malade était gêné de cette obésité.

Au bout de cinq à six mois de repos, les forces revinrent, en même temps que les seins redevenaient normaux, que l'obésité diminuait et que disparaissait la tumeur de l'épaule droite.

En 1903, peut-être, dit-il, à la suite d'un refroidissement, il est pris de douleurs qu'il qualifie de rhumatismales, dans les membres inférieurs et la région lombaire. Les articulations ont une certaine raideur, d'où gêne dans la marche. Cependant, il continua de travailler jusqu'il y a trois mois. A ce moment, il remarque à nouveau un certain développement graisseux de sa peau et, les douleurs et l'asthénie augmentant, il interrompt son travail et entre enfin à l'hôpital.

Au premier abord, Le B... ne présente pas l'aspect d'un homme malade. La figure a un embonpoint raisonnable, sans tendance à l'exagération. Il appelle l'attention sur son asthénie, sur les douleurs qu'il ressent dans les articulatinns et en particulier, au niveau des hanches, et ne nous signale pas son adipose, qu'il considère comme un phénomène sans importance.

En le découvrant, on remarque tout d'abord, au niveau de la septième vertèbre cervicale, sur la ligne médiane, une tumeur graisseuse, du volume d'une mandarine, facile à saisir en sa partie médiane, mais mal délimitée sur son pourtour. A la nuque, de chaque côté, immédiatement au-dessous de la ligne terminale de la chevelure, se voient deux tumeurs de même nature, de la grosseur d'une noix, allongées, à grand axe vertical, assez bien délimitées.

Au niveau de la partie supérieure des omoplates, symétri-

triquement, deux masses graisseuses, à contours peu nets, se confondant progressivement avec les tissus voisins.

La peau recouvrant la partie antérieure du thorax, la peau de l'abdomen, la peau des lombes semblent doublées d'une masse graisseuse, diffuse, assez épaisse, ne formant pas de nodosités, adhérentes à la face interne de la peau qui ne se laisse pas plisser, paraît capitonnée. Deux seules saillies sont plus apparentes ; celles des seins qui sont légèrement hypertrophiées ou, plus exactement, paraissent formées par des masses graisseuses. Le malade est, d'ailleurs, très précis sur ce point que les seins ont été beaucoup plus volumineux lors de la première atteinte de la maladie en 1897.

Les membres paraissent, au premier abord, bien musclés, mais la palpation montre que les masses musculaires, plutôt peu développées, sont recouvertes d'une peau très adipeuse, comme celle du thorax.

Le développement graisseux et particulier est marqué à la face postérieure des bras et aux cuisses. L'adipose est moins accusée au niveau de l'articulation du coude. Elle s'arrête brusquement au niveau des poignets et à la hauteur des genoux. Les jambes, en effet, présente un aspect normal ; leur musculature est plutôt atrophiée.

Toute la région recouverte par le tissu adipeux semble plus sensible que normalement à la pression ; cependant on ne peut dire qu'il y ait hyperesthésie notable. La pression produit des ecchymoses faciles. Les troncs nerveux des membres inférieurs sont sensibles à la pression. Toutes les articulations des membres inférieurs sont douloureuses, sans qu'on puisse noter de craquements, de difficultés à les mouvoir ; il s'agit plutôt d'arthralgie que d'arthrite. La douleur

est surtout accusée au niveau de la hanche gauche et semble gêner le malade dans la marche.

L'état mental est normal. Il n'existe aucun trouble psychique.

Tous les autres appareils fonctionnent normalement.

En résumé chez un individu présentant des signes non douteux de névrite alcoolique, on observe une lipomatose sous-cutanée, absolument symétrique, présentant une disposition très particulière, lipomatose diffuse en la plupart des points mais présentant une tendance à la forme modulaire en quelques endroits. En même temps, on observe de l'asthénie, des arthralgies. Le diagnostie ne paraît pas douteux; malgré que le tableau clinique ne soit pas complet, on peut affirmer qu'il s'agit « de maladie de Dercum, d'adipose douloureuse symétrique. »

Quelques points particuliers méritent d'appeler l'attention Tout d'abord, le sujet de notre observation est un homme. Sans que l'adipose douloureuse soit l'apanage exclusif des femmes, le sexe masculin est frappé avec une si grande rareté que le fait mérite d'être noté.

L'étiologie de cette affection est très obscure; on a pensé, parfois, à une névrite périphérique.

Il est très remarquable ici que le point où la névrite est le plus développée est précisément celui où le dépôt adipeux normal n'existepas.

Nous noterons encore l'absence presque complète des symptômes douloureux à la pression, si nets dans beaucoup de cas. On pourrait en faire un argument contre notre diagnostic. Mais on connaît trop la grande variété du symptôme douleur

en passant d'un sujet à l'autre, pour y attacher une grande importance.

Mais le point qui nous paraît le plus intéressant chez notre malade est certainement la régression de sa maladie qu'il accusait antérieurement à son entrée dans le service et celle que nous avons vu s'accomplir sous nos yeux. En effet, Le B..., soumis à un traitement iodé, en même temps qu'à des douches chaudes, vit peu à peu diminuer son adipose, en particulier les masses lipomateuses qu'il présentait à la nuque et au niveau de la septième cervicale, et quittait l'Hôtel-Dieu très amélioré au bout de deux mois environ, pour reprendre son travail. Nous le perdîmes de vue à ce moment, mais il rentrait à nouveau dans le service de l'un de nous au milieu de février 1906. A ce moment, il accusait surtout des douleurs névritiques dans les membres inférieurs.

Quant à l'aspect de son adipose, il présentait comme disposition générale, celle qu'on avait notée à sa première entrée, mais les tumeurs lipomateuses étaient moins accusées qu'à ce moment.

Les quelques recherches bibliographiques que nous avons faites ne nous ont montré signalées nulle part ces alternatives d'augmentation et de diminution dans l'adipose symétrique. Nous croyons cependant, qu'elles ne sont pas absolument exceptionnelles, et nous nous réservons de revenir sur ces formes particulières de « maladie de Dercum. »

Observation V

Myxœdematoïd dystrophy. Henry. *The Journal of nervous and mental disease* (mars 1901, p. 154).

Ellen W..., 63 ans, née en Angleterre.

Adipose à forme nodulaire.

Les yeux ont toujours été bons. Voit bien avec ses lunettes.

Sensibilité généralement diminuée et un peu paresseuse.

Pas de difficulté pour s'exprimer.

Pas de troubles mentaux.

La malade mourut en décembre 1891.

Observation VI

Report of three cases of adiposis dolorosa.
William Spiller. *Medical News* (février 1898).

Mlle A. B..., âgée de 29 ans.

Adipose du membre inférieur droit.

L'état général est bon. Jamais de céphalées.

Observation VII

William Spiller. *Medical News* (février 1898).

M. A..., célibataire, entrée à l'hôpital de Philadelphie le 25 novembre 1896.

Commence à ressentir des douleurs après douze ans de travail dans une buanderie.

Adipose consécutive. Jamais d'hémorragie, de céphalée, ni de vertige.

Pas de zone d'anesthésie ; la chaleur et le froid sont bien perçus. Réflexes rotuliens normaux. Pas de déviation de la langue. Pupilles égales et réagissant bien. Rougeur anormale du front.

Observation VIII

Ch. Féré. *Médecine moderne* (28 décembre 1898).

Mme M..., 46 ans, sans antécédents héréditaires névropathiques.

Adipose consécutive à la ménopause.

Aucun stigmate d'hystérie ni de grande névrose. Aucune douleur sur le trajet des nerfs, aucune lésion de la peau.

Aucun trouble mental appréciable.

Pas de lésions apparentes du corps thyroïde.

Observation IX

Adisposis dolorosa. Giudiceandrea.
Rivista di Pathologia nervosa e mentale (1900).

T..., Philomène paysanne, 44 ans.

Douleurs prémonitoires très vives. La malade était obligée de se faire piquer à la morphine. L'adipose commence à se localiser à la jambe gauche, puis à la cuisse gauche, puis après au membre inférieur droit.

Chute des chevaux. Pas de troubles mentaux.

A son entrée à l'hôpital l'examen psychique ne présente rien d'anormal.

Observation X

Ch. Achard et Laubry. *Revue neurologique* (avril 1901).

L..., Catherine 79 ans, entrée à l'hôpital Tenon le 16 mars 1901.

Métrorragie à la suite d'une chute ; douleurs et adipose consécutives. Les différentes sensibilités sont conservées. Pas de troubles de la vision. Légère diminution de l'ouïe. Pas de troubles intellectuels, malgré le grand âge de la malade.

Observation XI

Achard et Laubry. *Revue neurologique* (15 juin 1901).

L..., Augustine 68 ans, journalière.

Adipose symétrique des membres inférieurs.

État général bon. Réflexes normaux.

La sensibilité au contact et à la douleur exagérée au pourtour des lobes adipeux est normale partout ailleurs. Amblyopie peu intense avec léger rétrécissement du champ visuel. Ouïe normale.

Pas de troubles intellectuels.

Observation XII

Achard et Laubry. *Revue neurologique* (15 juin 1901)

Mme Th..., 48 ans.

Nodules graisseux au voisinage des genoux et des articulations tibio-tarsiennes. La malade est une femme très intelligente et d'une grande activité cérébrale. Elle se plaint de céphalées.

Observation XIII

Galland et Garand. *Thèse de* Vitaut.
Lyon (10 juillet 1901)

Femme B..., 48 ans.

Tumeurs se développant sur l'avant-bras gauche, puis quatre ans après sur le droit.

État général excellent.

Observation XIV

Adipose douloureuse avec arthropathies multiples.
Louis Rénon et Jean Heitz. *Revue neurologique*, 1901, p. 704.

Mme S..., 60 ans.

Chez cette malade les douleurs n'ont pas précédé l'apparition des tumeurs. Réflexes normaux.

Sensibilité intacte. Pas de troubles trophiques de la peau

État général bon.

Observation XV

Roux et Vitaut. *Revue neurologique* (septembre 1900), p. 881.

P..., Joseph, mineur, 32 ans.

Tumeurs graisseuses disséminées sur tout le corps.

Troubles mentaux. — Pas d'amnésie. Intilligence ordinaire Le malade raisonne assez bien ; mais il se met facilement en colère, et a des discussions avec le personnel de la salle qu'il croit mal disposé à son égard.

Cependant pas d'idée de persécution vraie.

Pas d'hallucination de la vue, ni de l'ouïe

Pas de zoopsie.

Pas de troubles trophiques.

Exophtalmie prononcée. Pas de rétrécissement du champ visuel. Vision normale.

Observation XVI (1).

B..., Florentine couturière, 64 ans.

Adipose ayant commencée par des douleurs en 1902 et généralisée aux membres supérieurs et inférieurs. Entre à Ivry le 9 juillet 1903.

La sensibilité est peu augmentée ; il y a une hyperesthésie générale. Les réflexes sont normaux. Pas de troubles psychiques. Pas de modifications du caractère.

Observation XVII

L..., Catherine 83 ans.

A eu des métrorragies vers 1885 à la suite d'une chute et a été soignée à Tenon en 1901 où elle commença à ressentir des douleurs violentes qui se généralisaient par tout le corps et on constata chez elle la présence de nombreux nodules graisseux.

En ce moment, sensibilité conservée ; pas de troubles de la vision, légère diminution de l'ouïe. Pas de troubles intellectuels malgré le grand âge de la malade.

Rentre à Ivry en 1904 où on constate une sorte de tremblement qui dure quelques minutes.

1. Cette observation et les huit suivantes, excessivement résumées, ont été empruntées à la thèse de Miquel (Paris 1904).

Observation XVIII

T..., Berthe, 43 ans, infirmière.

Entrée à la Charité en 1904 dans le service de M. le professeur Roger. Elle se plaint de douleurs et d'une asthénie très marquée.

A l'examen. — On constate une hypertrophie générale du tissu adipeux siégeant sur tout le corps ; « les mains et les pieds sont potelés, la face est un peu bouffie ». Les réflexes sont normaux.

Pas de troubles psychiques très marqués. Cette femme qui a eu de grands revers de fortune en a conservé une certaine tristesse.

Corps thyroïde peu appréciable.

Pas de troubles sensoriels.

Observation XIX

P..., Catherine 69 ans, marchande des quatre-saisons. Entrée dans le service de M. le professeur Debove à Beaujon en décembre 1903.

Antécédents personnels éthyliques. — Elle présente des tumeurs de différentes grandeurs principalement au niveau des avant-bras, mais que l'on retrouve sur les différentes parties du corps. Sur la peau on note quelques grains de molluscum et des taches pigmentaires.

Son état psychique est celui d'une femme âgée qui a été éprouvée par des revers de fortune. Elle a eu étant jeune, à 19 ans, des crises nerveuses. Sensibilité normale. Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Observation XX

C... Sylvie, 70 ans, cuisinière. Entrée à l'hospice d'Ivry en mai 1902. Elle a été opérée à l'âge de 48 ans d'un polype utérin survenu à la suite de sa ménopause. A la suite de son opération elle commença à ressentir des douleurs localisées aux cuisses et à la région lombaire, et s'aperçut qu'elle prenait de l'embonpoint. A son entrée à l'hospice son adipose est localisée aux membres inférieurs.

Pas de troubles psychiques, ni d'asthénie. Quelques maux de tête assez intermittents.

Observation XXI

G..., Anne-Marie, gouvernante. Entre à l'hospice d'Ivry en décembre 1903.

Adipose généralisée survenue à la suite de la ménopause à 60 ans. La malade pèse 147 kilos. Pas de troubles appréciables de la sensibilité. Pas de troubles de la vision, ni de l'ouïe. Réflexes légèrement diminués.

Pas de troubles psychiques, sauf un peu de mélancolie, attribuable à des chagrins intimes.

Observation XXII

K..., Maria, 61 ans, religieuse. Entrée à l'hospice de Bré-vannes en août 1903. Bien portante jusqu'à l'âge de 53 ans. Elle fit une chute en 1900 et c'est à la suite de cet accident que sont survenus les différents troubles dont elle est actuel-

lement atteinte. Elle se mit à engraisser beaucoup, en même temps que survenaient des douleurs et une diminution notable des forces. Elle entra à la Charité dans le service de M. Duflocq.

A la sortie de l'hôpital elle vint à Brévannes. Adispose généralisée ; pas de troubles sensitifs. Réflexes rotuliens un peu diminués.

Pas de troubles psychiques.

Les organes des sens sont intacts, sauf la vision (elle a perdu un œil).

Observation XXIII

Marie C..., 68 ans, ménagère. Entrée à Brévannes en avril 1901.

Des tumeurs se sont développées à la suite de sa ménopause, surtout aux avant-bras. Elle présente aussi une énorme masse graisseuse de la région dorsale. Les jambes et les cuisses sont exemptes de tumeurs, sauf à la partie supérieure du creux proplité où existent quelques nodosités douloureuses.

Pas d'asthénie. Aucun trouble de la vision, ni de l'audition. Pas de douleurs articulaires.

Pas de troubles psychiques, mais quelques céphalées et une légère diminution de la mémoire.

Observation XXIV

Caroline L..., 67 ans, ménagère. Entrée à la Maison-Blanche en 1904.

Masses adipeuses aux bras, aux jambes et aux fesses.

Pas de troubles de la sensibilité. Crampes dans les jambes. Légère diminution de la vue et de l'ouïe. Asthénie très marquée.

Pas de troubles mentaux, ni de modification du caractère.

CONCLUSIONS

I. — Dercum en 1888, a décrit une affection à laquelle il a donné le nom d'adipose douloureuse.

II. — Cette maladie présente à étudier trois types cliniques :

a). — Forme nodulaire.

b). — Forme diffuse localisée.

c). — Forme diffuse généralisée.

Elle est principalement caractérisée par deux grands symptômes, encore faut-il ajouter que le second est souvent peu marqué :

Adipose.

Douleur.

Les autres symptômes, comme les troubles psychiques, l'asthénie, les troubles vaso-moteurs..., sont peu nets et manquent fréquemment.

III. — L'hérédité nerveuse, le sexe, la ménopause, l'alcoolisme, la syphilis sont des causes prédisposantes ; le traumatisme que l'on rencontre mentionné dans

presque toutes les observations semble jouer un grand rôle dans l'étiologie de l'affection.

IV. — Il semble probable que l'adipose douloureuse est due à une altération du système nerveux ; la cause la plus vraisemblable de cette altération paraît être le mauvais fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne. Est-ce le corps thyroïde ? Ce n'est pas probable. Est-ce la glande ovarique ? Ce n'est pas encore démontré.

V. — Histologiquement, les tumeurs lipomateuses parcourent trois stades successifs :

Œdème initial.

Transformation adipeuse.

Sclérose terminale.

A l'autopsie, on a retrouvé les lésions suivantes :

1) Névrite interstitielle des filets nerveux périphériques.

2) Altérations du corps thyroïde.

3) Altérations de la glande pituitaire.

VI. — Le diagnostic de l'adipose douloureuse est parfois très délicat. Nous n'irons pas aussi loin que MM. Cheinisse et Miquel qui nient l'existence de cette affection en tant qu'entité morbide ; néanmoins nous ne pouvons oublier qu'il existe des analogies étroites entre la forme nodulaire de l'adipose et la lipomatose symétrique multiple ; entre la forme diffuse localisée et la lipomatose symétrique diffues. L'élément sur lequel se fonde le diagnostic différentiel est la douleur ; or n'avons-nous pas vu combien était variable l'existence nette de la douleur ! Nous savons de plus com-

bien est délicat le diagnostic entre la forme diffuse généralisée et le myxœdème ; pour distinguer ces deux affections l'une de l'autre, l'opothéraphie thyroïdienne est d'un utile secours.

VII. — On ne connaît pas encore actuellement de traitement spécifique de l'adipose douloureuse.

Vu : le Président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHARD ET LAUBRY. — Adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 30 avril 1901) ; forme légère d'adipose douloureuse (*Revue neurologique*, 15 juin 1901).

ALGER. — A case of adiposisdolorosa (*Med. News*, New-York, 1901).

ANTONY. — Lipomes multiples et symétriques (*Semaine médicale*, 1892, p. 114).

G. BALLET. — L'adipose douloureuse (*Journal des Praticiens*, septembre 1902) et (*Presse méd.*, avril 1903, p. 285).

BILLINGS. — Adiposis dolorosa (*Chicago Méd. recorder.*, 1903).

BOCHROCH. — Adiposis dolorosa (*American Journ. Méd. sciences* ; Philadelphie, 1902, p. 569).

BORDONI. — Un cas de lipomatose symétrique douloureuse (*Riforma medicale*, a XVII, vol. III. p. 735).

BOUJU. — Lipomes d'origine nerveuse (*Th. Paris*, 1892).

BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses (myxœdème).

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique (obésité).

BUCQUOY. — Lipomes diffus, multiples et symétriques (*Sem. méd.*, 1891, p. 262).

BUREAU. — *Gazette médicale de Nantes*, février 1904.

BURR. — A case of adiposis dolorosa with necropsy (*The Journal of nervous and mental diseases*. New-York, 1900, XXVII, p. 519)).

CARDUCCI. — *Il policlinico*, sezione pratica, 1901.

CASELLI. — Rapports fonctionnels de la glande pituitaire et de l'appareil para-thyroïdien (*Revue de neurologie*, 1991, p. 95).

Cassirer-R. — Die vaso ,motorischen trophischen Neurosen (*Rev. neur.*, 1901, p. 110 et 254).

Cecchini. — Una simdrome simile a quella descritta da Dercum (*Gaz Med. di Roma*, 1903, p. 254).

Cheinisse. — L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum (*Sem. méd.*, 1903, p. 221).

Colbertado. — Due casi di malattia di Dercum (*Rev. veneta di scien. Med.* Venezia, 1903, p. 350).

Collins. — A text book of nervous diseases. Philadelphia, 1895

Crémieux. — La lipomatose multiple symétrique (*Th. Montpellier* juin 1905).

Debove. — Pathogénie de l'obésité (*Sem.méd.*, mars 1905. *Bulletin de la Société medicale des hôpitaux*, 1897). L'adipose, douloureuse (*Pr. Méd.*, juillet 1901) et (*Archives gén. méd.*, 1903). L'œlème segmentaire (*Sem. méd.*, mai 1902).

De Buck. — Lipomatose symétrique non douloureuse (*Bul. Soc. méd.* de Gand, 1903, p. 203).

Deny et Leplay. — Adipose symétrique sous-cutanée et segmentaire chez une démente (*N^lle Iconographie Salpetrière*, 1903).

Dercum. — A subcutaneous connective tissue dystrophy of the auns and back, associated with symptoms resembling myxœdema (*University médical Magazine*, décembre 1888).

— Three cases of a Litherto unclassifield affection ressembling in its grosser aspects obesity. but associated with spécial nervous symptoms. Adiposis dolorosa (*The Journal américan of the médical sciences*, nov.1892).

— Troplonévroses (*Twentieth century pratice of med.*, 1897, XI, p. 554.

— Autopsy in a case of adiposis dolorosa, with. microscopical examination (*Th.journal of nervous and mental diseases*, août 1900).

— Two cases of adiposis dolorosa (*Philad. méd. journ.* 1^er mars 1902).

Dercum et Mac Carthy. — Autopsy in a case of adiposis dolorosa, (*The american journ. of med. sciences*, décembre 1902, p. 994).

— Anal. in *Sem. méd.*, 4 février 1903.

De Renzi. — Lipomi adiposi dolorosa (*Policlin.* Roma, 1902-03, p. 273).

Desnos. — Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus symétriques

d'origine arthritique (*Bullet. et Mém. Soc. méd. hôp.*, juillet 1891) et (*Sem. méd.*, 1891, p. 284).

DIDE. — Le pseudo œdème catatonique (*Nouv. Iconographe Salpêtrière*, décembre 1903).

— Dystrophie cellulo-conjonctivo vasculaire (*Soc. neur.*, décembre 1903).

DIDE ET LEBORGNE. — Un cas de maladie de Dercum (*Soc. neur.*, octobre 1903).

ESHNER. — A case of adiposis dolorosa (*The Philadelh. méd. journ.*, oct. 1898) et (*The Journ. of med. american association*, 1898).

EWALD. — Berliner klin, *Wochenschrift*, janvier 1895.

CH. FÉRÉ. — La famille névropathique, 1898.

— Adipose douleureuse (*Med. mod.*, décembre 1898) et (*Rev. méd.*, août 1901).

— La pathologie des émotions, 1892.

FÉRÉ ET FRANCILLON. — Note sur la coïncidence des lipomes symétriques avec la paralysie générale progressive (*Rev. chir.*, 1901).

FRANK. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1898, p. 1108.

FRÉMY. — Etude critique de la trophronévrose faciale (*Th. Paris*, 1872).

GARAND. — Note sur le traitement des lipomes multiples par l'extrait de corps thyroïde (*Loire médicale*, juin 1901).

GAUTHIER. — Fonctions du corps thyroïde (*Rev. méd.*, 1901, n° 1 à 5).

GIUCICEANDREA. — Adiposis dolorosa (*Rivista di.* Patologia nervosa et mentale, Firence, 1900).

— Rapports cliniques et pathogéniques entre la maladie de Dercum et quelques formes voisines (*Il policlinico*, sezione pratica, février 1902).

GAZETTA. — Degli ospedali e delle cliniche (6 décembre 1898).

GORDINIER. — Adiposis dolorosa with the rept of a case (*Vermout méd. mouth Burlington*, 1903, p. 103).

GUDJOHNSEN. — Et Tilfaelde of adiposis dolorosa hos en Dreg (*Hosp. tid Kobenh*, 1903, XI).

GUILLAUME. — Contribution à l'étude du tubercule sous-cutané douloureux (*Th. Paris*, 1897).

HALE WHITE. — A case of adiposis dolorosa (*British méd. Journ.*, déc. 1899).

HALLOPEAU ET DOUVILLE. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 11 avril 1904.

HALLOPEAU ET JEANSELME. — *Société de dermatologie*, 16 février 1893.

HAYEM. — Clinique médicale de Saint-Antoine, 1900.

— N^lle *Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 147.

HENRY. — A case of myxœdematoïd dystrophy (paratrophy) (*The Journ. of nervous and mental diseases*, mars 1891).

HOUÉE. — Maladie de Dercum, *Th. Paris*, 1904.

JEANSELME ET BUFNOIR. — Lipomatose symétrique (*Soc. méd. hôp.*, mai 1898).

JOHNSON. — Adiposis dolorosa (*Indian Med. Rec.*, Calcutta, 1902)

KAPLAN ET FÉDÉROW. — Maladie de Dercum (*Meditzinskoïéo Obosrenje*, Mosh., 1992, p. 471).

KATZENNILLENBOGEN. — *Thèse Paris*, 1895.

KLANSNER. — *Munch. med. Wochenschrift*, 1895, p. 348.

LAGRANGE. — Les troubles de la circulation sanguine dans les maladies de nutrition (*Rev. des mal. de nutr.*, Paris, 1903).

LANDOUZY. — De l'adipose du tissu conjonctif sous-cutané des membres atteints d'atrophie musculaire détéropathique (*Rev. mens.*, janv. 1878).

LAUNOIS. — Observation de trophœdème (*Nouvelle Iconograph. Salpêtrière*, 1900).

LAUNOIS ET BENSANDE. — Adéno-lipomatose symétrique (*Presse méd.*, 1^er juin 1898) (*Revue neur.*, 1901, p. 253).

— *Nouvelle Iconograph. Salpêtrière*, 1900, n° 1, 2 et 3.

LEPLAY. — *Société de neurologie*, 15 décembre 1905 ; *Gazette médicale*, 12 décembre 1905.

H. LE MEIGNEN. — Adipose douloureuse symétrique (*Gazette méd. de Nantes*, 9 juin 1906, p. 444).

LE MEIGNEN ET LEVESQUE. — Un cas de maladie de Dercum à rémissions passagères chez un homme (*Bull. méd.* avril 1906, p. 380).

LEVEN. — De l'obésité, *Th. Paris*, 1901.

LEVY ET OVIZE. — De la neuro-fibromatose généralisée (*Gaz. hôp.*, 1899).

MANCINI. — Adipose douloureuse (*Il policlinico*, sesione pratica, août 1901).

MARCAIS. — *Thèse Paris*, 1894.

MARCOU. — L'adipose douloureuse (*Arch. gen. méd.*, 1903, II).

MATHIEU ET WEILL. — Etudes sur certains œdèmes névropathiques (*Archiv. gén. méd.*, 1884 et 1885).

Alb. Mathieu. — Lipomes symétriques d'origine névropathique (*Gaz. hôp. juill.*, 1890, p. 721).

— Sur une forme particulière d'œdème névropathique (pseudo-éléphantiasis névropathique) (*Ann. de dermat. et syphil.*, janvier 1893).

Maucaire. — Adéno-lipomatose à prédominance cervicale (*Société de chirurgie*, 20 octobre 1901).

H. Meige. — Trophœdème congénital (*Nouv. Iconogr. Salpêtrière*, 1899, p. 453).

Meige et Feindel. — Note sur la maladie de Recklinghausen (*Rev. neur.*, 1903, n° 157).

Milian. — Pseudo-lipomes et lipomes multiples (*Gaz. hôp.*, novembre 1895).

Minelli. — Adiposis dolorosa (*Gaz. med. Italian.*. Torino, 1903, p. 481).

Miquel. — Sur la valeur nosologique du syndrome de Dercum (*Th. Paris*, juillet 1004).

Morlot et Gallois. — Adipose localisée d'origine trophonevralgique (*Bourgogne médicale*, 1894-05, p. 41).

Mosny et Beaufumé. — *Société médicale des hôpitaux*, 14 février 1902, page 106.

Mossé et Cavalié. — Congrès français des médecins neurologistes. Toulouse, 1883.

Norsa. — Adiposis dolorosa (*Rivista critica di clinica medica*, Firenze, 22 juin 1901).

Oddo et Chassy. — Adipose douloureuse accompagnée de troubles vaso-moteurs et de sclérodermie (*Rev. neur.*, 30 janvier 1902).

Oddo. — *Revue neurologique*, 30 janvier 1905.

Papi. — Contributo alla casistica della adiposis dolorosa (*Gazetta degli ospedalli e delle clinicle*, Milano, 9 mars 1902).

Pasquini. — Un cas d'adipose douloureuse (*Il policlinico* sezione pratica. Rome, mars 1902, p. 623).

Paton. — *Soc. méd. de Rouen*, 1894, p. 24.

Poison. — *Thèse Paris*, 1872.

Potain. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, octobre 1882 et *Gaz hebdomadaire*, 1882.

— *Société méd. hôp.*, 10 juillet 1891, page 371.

Quennec. — Contribution à l'étude des lipomes multiples symétriques (*Th. Paris*, 1903).

QUERMONNE. — Étude sur la pathogénie des névralgies (*Th. Paris*, 1884).

QUÉRY. — Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale (*Th. Paris*, 1902).

RECKLINGHAUSEN. — Ueber dic multiplen fibrome, 1882.

RENDU. — *Soc. méd. hôp.*, 25 mars 1832; p. 199.

RENON ET HEITZ. — Adipose douloureuse avec arthropathies multiples (*Rev. neur.*, 1901, p. 704).

RENON ET LOUSTE. — Un cas d'adipose douloureuse à forme nodulaire (*Bul. Soc. méd. hôp.*, 1902, p. 1130).

RISQUEZ. — Un caso di adiposis dolorosa (*Rev. la oto-rino-laryny.* Espana. Madrid, 1903, p. 328).

ROBERTS. — A case of adiposis dolorosa (*Philadelph. Méd. Journ.*, avril 1902, p. 761).

J. ROUX. — Maladie de Dercum et goitre exophtalmique (*Rev. neur.*, janvier 1902).

ROUX ET VITAUT. — *Soc. de neurologie*, septembre 1901.

RUDINGER. — *Semaine médicale*, décembre 1902.

SAHUT. — *Thèse Paris*, 1904.

SAINTON ET FERRAND. — L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum (*Gaz. hôp.*, 1903, p. 957).

SALVATORI. — Adiposis doiorosa (*Policlinico*, sezione pratica. Roma, 1902. 03, p. 273).

SELLERIN. — L'adipose douloureuse, (Syndrome de Dercum), *Th. Paris*, 1903.

SICARD ET ROUSSY. — Deux cas d'adipose douloureuse suivis d'ovariotomie, (*Bull. et mém. soc. méd. hôp.*, octobre 1903 n° 31).

SILVESTRINI. — Studio clinico d'un caso d'adiposi, dolorosa trattato. col tiradene. (*Bull. de la soc. Eustachiana*, Camerino, 1903).

SIMIONESCO. — Adipose douloureuse (*Rev. neur.*, juin 1901).

SPILLER (W). — Report of three cases of adiposis dolorosa. (*Méd. neus.*, février 1898).

STRÜBING. — Ueber « adipositas dolorosa » und das « œdème blanc et bleu ». (*Arch. f. Dermat. und syphil*, 1902).

TAPIE. — « De la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. » *Th. de Paris*, 1899.

TIXIER ET HORAND — Lipomes de la région sous-maxiliaire (*Gaz. hôp.*, n°s 21, 22, 1901).

TCHERKOSSOFF. — Wratchebnia Zapiski (23 mars 1895).

THIKOFF. — Medizininsk Obosrenje, t. XLII, 1894, n° 18.

THIMM. — Adipositas dolorosa. Hambourg, 1903.

TUFFIER. — Lipomatose symétrique (*Bull. et mém. soc. chir.* 1904, p. 54).

VERGNES. — Adipose sous-cutanée dans ses rapports avec les atrophies musculaires. *Th. Paris*, 1857.

VIGOUROUX. — *Nouvelle Iconographie Salpêtrière* (Nov. et déc.).

VITAUT. — Maladie de Dercum (adiposis-dolorosa) *Th. Lyon*, 1901.

WEIRR MITCHELL.— Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. *Th. Paris*, 1874.

WEISS. — Ueber adiposis dolorosa (*Wien. Klin., Worhusch*, 1903 p. 496.)

WORTHINGTON. — De l'obésité. *Thèse de Paris*, 1876.

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

DE L'AMÉLIORATION
DU
LOGEMENT OUVRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY
Clinique chirurgicale	RAYMOND LE DENTU TERRIER BERGER
Clinique ophthalmologique	RECLUS
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	ALBARRAN
Clinique gynécologique	PINARD BUDIN
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BEZANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	des trav. anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.